



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

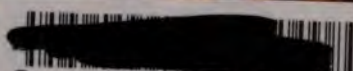
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

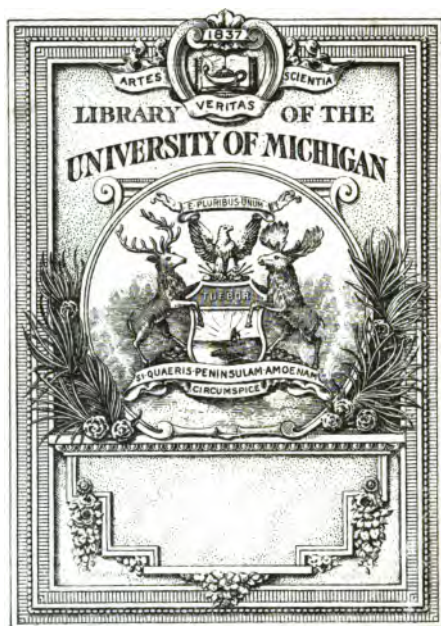
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

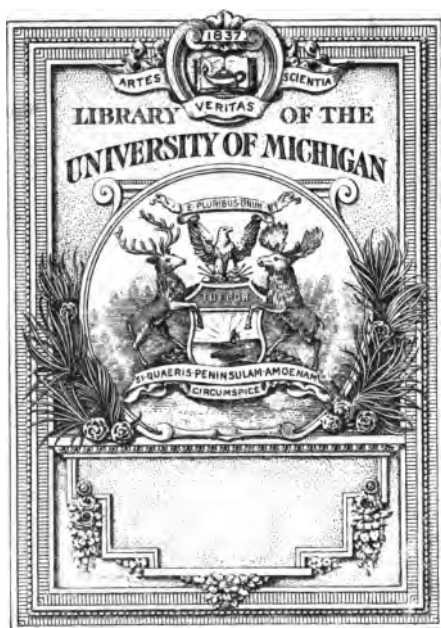
Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A 3 9015 00381 011 9
University of Michigan - BUHR



IIQUE



610.5

S678

A53

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT.

Il paraîtra chaque mois un bulletin d'au moins deux feuilles d'impression. Le prix sera de 3 francs par an pour les membres honoraires et correspondants, et de 4 francs 50 c. par la poste.

Pour les étrangers de 5 francs, et 6 francs 50 c. par la poste.

On s'abonne chez BÉCHET jeune, libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4.

BULLETINS
DE LA
Mars
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS; 74346

RÉDIGÉS

PAR MM. BELL, VALLEIX, CAZALIS, DENONVILLIERS,
MAISONNEUVE, MAROTTE ET BÉRARD.

(3^e SÉRIE.)

TOME PREMIER.

Années dix

et. 102

PARIS.

IMPRIMERIE DE PLASSAN, RUE DE VAUGIRARD, N° 11;

Par les soins de TRAZUOLO, son successeur désigné.

1835.

301

INTRODUCTION.

La Société Anatomique a été créée le 3 décembre 1803 par Dupuytren, alors chef des travaux anatomiques. Elle naquit, suivant l'expression de son illustre fondateur, du besoin vivement senti de mettre en commun et de faire servir à l'instruction générale les observations et les découvertes journalières de ceux qui fréquentaient les hôpitaux et les amphithéâtres. Composée des meilleurs élèves de l'École pratique, encouragée par la Faculté, au sein de laquelle elle tenait ses séances, tour à tour présidée par Dupuytren et par Laennec, alimentée par les travaux des Bayle, Marjolin, Dutrochet, Rullier, Breschet, Cruveilhier, Magendie, Flaubert, Fleury, Bouchet, etc., etc., elle se fit remarquer par la sévérité et la tendance positive de ses études. Mais sa durée fut trop courte; car, au bout de cinq ans, la mort de quelques-uns de ses membres les plus actifs, de Pitet, de Tilorier, de Marandel, entraîna sa dissolution complète. Cependant, après une interruption de plusieurs années, la Société Anatomique fut rétablie sous le même titre, par les soins de M. Cruveilhier, et rouvrit ses séances le 26 janvier 1826, sous la présidence de son nouveau fondateur. Héritière de l'ancienne Société, dont les archives lui furent transmises par Laennec, elle s'efforça de marcher dans les mêmes voies. Les circonstances étaient favorables : le mouvement d'impulsion communiqué aux études anatomiques dans le commen-

cement du siècle était dans toute sa force ; la jeune école était pénétrée de la nécessité de faire reposer la médecine sur la base inébranlable des lésions organiques ; et, d'un autre côté, la Société de la Faculté de Médecine venait d'être détruite, et sa ruine laissait sans direction et sans guide le zèle de la jeunesse studieuse. Aussi la réapparition de la Société Anatomique fut-elle bien accueillie ; les collaborateurs lui arrivèrent de toutes parts ; elle devint en peu de temps le centre et le point de ralliement des élèves les plus instruits et les plus laborieux de l'École et des hôpitaux, et ne tarda pas à compter dans ses rangs tous les titres qui s'obtiennent par le concours, tous les degrés de la hiérarchie médicale.

Dans les deux périodes de son existence, la Société Anatomique, animée du même esprit positif, a toujours eu pour objet de ses études l'organisation dans l'état sain et dans l'état morbide, l'anatomie dans ses relations avec la physiologie, la pathologie et la thérapeutique. Persuadée que les faits doivent devancer les doctrines et leur servir de base, elle s'est renfermée dans la science des faits. Tous ses efforts ont été dirigés vers l'observation des altérations organiques et des désordres fonctionnels qui leur correspondent ; sa seule ambition a été de rassembler des documents que les médecins pussent consulter avec sécurité. Pour accomplir cette œuvre si simple, et pourtant si difficile, la Société Anatomique a trouvé dans son organisation des ressources puissantes et que ne possède nulle autre association médicale. Siégeant dans l'amphithéâtre même de

la Faculté, comptant des membres nombreux, jeunes, zélés, instruits, attachés aux différents amphithéâtres d'anatomie, distribués dans tous les hôpitaux soit civils, soit militaires, elle voit chaque jeudi affluer vers elle des observations, des rapports de vive voix, des pièces d'anatomie nombreuses, qui mettent en quelque sorte sous ses yeux le résumé de tout ce qu'ont fourni à la science dans le courant de la semaine les amphithéâtres et les hôpitaux de Paris. Mais si la Société se bornait à recevoir et à enregistrer les communications telles qu'elles lui arrivent, son but serait évidemment manqué. Combien il est rare en effet qu'une observation recueillie par une seule personne présente toutes les conditions désirables ! Que de détails inaperçus, omis, vus incomplètement, trop souvent défigurés par des idées préconçues ! Ces inconvénients sont prévenus par la discussion. Chaque observation, soumise à la critique de tous, devient l'objet d'un examen sérieux et approfondi ; ce n'est point de confiance qu'on la juge, mais les pièces de conviction sous les yeux ; les points douteux, les détails obscurs, sont débattus dans le sein même de la Société ; ou renvoyés à des commissions spéciales, si la chose est importante et la difficulté de nature à ne pouvoir pas être jugée immédiatement. Aucun fait n'est consigné dans les archives de la Société sans avoir subi cette épreuve de la discussion. C'est ainsi que la Société Anatomique s'efforce d'écarter les chances d'oubli, d'ignorance, d'exagération, de manière à revêtir les observations qui lui appartiennent de tous les caractères de l'authenticité.

Une société établie sur ces bases, et travaillant avec persévérance à l'accomplissement de sa tâche, devait bientôt dépasser le but qu'elle s'était proposé d'abord, et satisfaire non-seulement aux besoins individuels de ses membres, mais aussi aux besoins de la science : ce fut ce qui arriva. La Société Anatomique eut, dès son origine, du retentissement au dehors : ses comptes rendus, rédigés par Pitet, furent lus devant la Société de la Faculté, et insérés dans les bulletins de cette Société. Lors de la renaissance de la Société Anatomique, les publications annuelles devinrent insuffisantes, et furent remplacées par des bulletins mensuels, publiés par la *Revue Médicale* d'abord, et plus récemment par les *Archives de Médecine*. Mais chaque jour amène de nouveaux membres; les communications se multiplient, les faits abondent, les bulletins mensuels prennent une importance et des dimensions telles, qu'ils ne peuvent plus faire partie d'un journal; la Société Anatomique a pensé que le moment était arrivé où elle pouvait, où elle devait entreprendre elle-même la publication de ses travaux. Si elle eût pu balancer un instant, quel puissant encouragement n'eût-elle point trouvé dans les circonstances présentes! Le musée Dupuytren, qui s'élève actuellement, va recevoir la Société Anatomique dans une salle qui lui sera spécialement consacrée; M. Cruveilhier vient d'être appelé à remplir la chaire d'anatomie pathologique créée par la munificence de Dupuytren. Publier en ce moment les travaux de la Société Anatomique, n'est-ce pas, en concourant à l'accomplissement de la pen-

v
sée généreuse de Dupuytren, rendre un dernier
hommage à la mémoire de l'illustre fondateur de la
Société Anatomique?

LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

MM. *Président*, CRUVEILHIER, professeur à la Faculté
de Médecine, médecin de la Salpêtrière, etc.

***Vice-Président*, CHASSAIGNAC**, D. M. P., pro-
sec-
teur de la Faculté.

***Secrétaire*, BELL**, D. M. P., ex-interne des hô-
pitaux.

***Vice-secrétaire*, VALLEIX**, D. M. P., ex-interne
des hôpitaux.

***Trésorier*, CAZALIS**, ex-interne des hôpitaux.

***Archiviste*, DENONVILLIERS**, aide d'anatomie à la
Faculté, ex-interne des hôpitaux.

MEMBRES HONORAIRES.

BÉRARD aîné, professeur à la Faculté, chirur-
gien de l'hôpital Saint-Antoine.

BLANDIN, professeur agrégé, chirurgien de l'hô-
pital de Beaujon.

BERGEON, D. M. P., à Moulins, ex-interne des
hôpitaux.

FABRE, D. M. P. à Tonneins, ex-interne des hô-
pitaux.

MM. FORGET, D. M. P., professeur agrégé à la Faculté.

GEOFFROI SAINT-HILAIRE, membre de l'Institut, etc.

GUÉRARD, D. M. P., professeur agrégé à la Faculté.

HUGUIER, D. M. P., prosecteur de la Faculté.

JOBERT, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

HIPPOLITE LARREY, chirurgien aide-major au Val-de-Grâce.

LENOIR, D. M. P., chirurgien du Bureau central, prosecteur de la Faculté.

MANEC, D. M. P., chirurgien de l'hôpital du Midi.

MONOD, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Cochin.

MONTAULT, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.

PIGEAUX, D. M. P.

ROBERT, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de l'Oursine.

SESTIÉ, D. M. P., ex-aide de clinique de la Faculté, ex-interne des hôpitaux.

THIERRY, D. M. P., ex-aide d'anatomie, ex-interne des hôpitaux.

MEMBRES TITULAIRES.

ANDRAL, aide d'anatomie à la Faculté.

BEAU, interne des hôpitaux.

BÉRARD jeune, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la Salpêtrière.

- MM. BOINET**, interne des hôpitaux.
CAZEAUX, D. M. P., interne des hôpitaux.
DEFrance, D. M. P., interne des hôpitaux.
GIRALDÈS, prosecteur et interne des hôpitaux.
GRISOLLES, D. M. P., interne des hôpitaux.
MAISONNEUVE, interné et prosecteur des hôpitaux.
MAROTTE, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.
MICHON, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien du Bureau central.
RIGAUD, aide d'anatomie de la Faculté, ex-interne des hôpitaux.
SONNIÉ-MORET, interne des hôpitaux.
-

MEMBRES ADJOINTS.

- BAILLARGÉ**, interne à la maison royale de Charenton.
BARTH, interne des hôpitaux.
BARTHEZ, élève des hôpitaux.
BALME DUGARRAY, interne des hôpitaux.
BÉNIQUÉ, D. M. P.
BOYER, interne des hôpitaux.
CAMUS, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.
COMBETTE, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.
CAFFE, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.
CALLE, élève des hôpitaux.
CHARCELAY, interne des hôpitaux.
DESPRETS, ex-interne des hôpitaux.
DUPRÉ, interne des hôpitaux.

DESIR, interne des hôpitaux.

DONNÉ, D. M. P., ex-aide de clinique de la Faculté.

FLEURY (de Clermont), interne des hôpitaux.

FLEURY, élève des hôpitaux.

FOURNET, interne des hôpitaux.

GARIEL, interne des hôpitaux.

GODIN, interne des hôpitaux.

GRELLOIS, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

GUENARD, interne des hôpitaux.

HACHE, interne des hôpitaux.

HARDY, interne des hôpitaux.

HUSSON, interne des hôpitaux.

LAURENT, professeur d'anatomie à Toulon.

LONGET, D. M. P.

LABORIE, interne des hôpitaux.

LANDOUZY, élève des hôpitaux.

LEGUEY, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

LARGET PIET, interne des hôpitaux.

LERICHE, interne des hôpitaux.

MAVRÉ, D. M. P.

MERCIER, interne des hôpitaux.

NELATON, interne des hôpitaux.

NIVET, interne des hôpitaux.

PÉGOT, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.

PEYROT, ex-interne des hôpitaux.

ROGER, interne des hôpitaux.

RIPAULT, ex-interne des hôpitaux.

RIBES, D. M. P., chirurgien sous-aide aux Invalides.

RENAUD, élève des hôpitaux.
ROBERTY, interne des hôpitaux.
RUFZ, professeur agrégé de la Faculté, interne
 des hôpitaux.
REIGNIER, interne des hôpitaux.
SAINT-YVES, interne des hôpitaux.
STANSKY, élève des hôpitaux.
THOMSON, M. B., Cambridge.
TESSIER, interne des hôpitaux.
TAUPIN, interne des hôpitaux.
VERNOIS, interne des hôpitaux.

MEMBRES CORRESPONDANTS.

BOUDANT, D. M. P., à Gannat, ex-interne des
 hôpitaux.
BINTOT, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.
BRIÈRE DE BOISMONT, D. M. P.
BONNET, D. M. P., à Poitiers, ex-interne des
 hôpitaux.
BRUN, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.
BOTTU, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.
BOUDRIE, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.
CARON DUVILLARDS, D. M. P.
COLLARD DE MARTIGNY, substitut du procureur
 du roi à Épinal.
CAZAUVELH, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.
COLOMBAT (de l'Isère), D. M. P.
CHOISY, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.

X

MM. DUCHAPT, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.

EAGER, D. M. P., à Manchester, ex-interne des hôpitaux.

FISCHER, D. M. P.

FOURCADE, D. M. P., à Troyes.

FLANDIN, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.

GUYOT, D. M. P., à Rennes, ex-interne des hôpitaux.

GAILLARD, D. M. P., à Poitiers, ex-interne des hôpitaux.

GIRARD, D. M. P., à Marseille, ex-interne des hôpitaux.

GACHET, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.

GENDRON, D. M. P., à Chinon, ex-interne des hôpitaux.

GUERHARD, D. M., à Philadelphie.

HOUZELOT, D. M. P., à Meaux.

LEURET, D. M. P.

LACROIX, aide d'anatomie à la Faculté, ex-interne des hôpitaux.

MARTIN SAINT-ANGE, D. M. P., aide naturaliste au Muséum.

MALGAIGNE, D. M. P., chirurgien du Bureau central.

MOURET, D. M. P., ex-interne en pharmacie des hôpitaux.

OLIVIERI, interne des hôpitaux.

ORILLARD, D. M. P., à Poitiers, ex-interne des hôpitaux.

PLAINCHANT, D. M. P., à Moulins, ex-interne des hôpitaux.

MM. PIÉDAGNEL, D. M. P., médecin du Bureau central.

POUYDEBAT, D. M. P., à Agen, ex-interne des hôpitaux.

PETEL, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.

QUESNE, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.

RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi.

SPITTAL, D. M., président de la Société Anatomique d'Edimbourg.

THOMAS, D. M. P., à Tours, ex-interne des hôpitaux.

VIDAL, D. M. P., ex-interne des hôpitaux.

VOISIN, D. M. P., à Limoges, ex-interne des hôpitaux.

VIGER de VARENNES, D. M. P., à Valogne, ex-interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 1. (3^e SÉRIE). — (Septembre 1835).

RÉDIGÉ

PAR MM. BELL, VALLEIX, CAZALIS, DENONVILLIERS,
MAISONNEUVE, MAROTTE ET BÉRAUD.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois de Février et Mars.*

1. Description de l'aponévrose palmaire. — 2, 3. Anomalies de l'artère brachiale. — 4, 5. Anomalie des reins. — 6. Absence de la clavicule, de l'omoplate et des bras. — 7. Analyse chimique des os. — 8. Tumeur osseuse développée dans un tendon. — 9. Fracture d'une ankylose du coude. — 10. Dissection d'une tumeur blanche. — 11. Cause de raccourcissement du membre inférieur. — 12. Nouveau procédé de réduction des luxations de la cuisse. — 13. Acéphalocyste du cerveau. — 14, 15, 16. Hémorrhagies de l'arachnoïde. — 17. Atrophie du chiasma des nerfs optiques. — 18. Section du nerf facial. — 19. Poumons d'un enfant affecté de coqueluche. — 20, 21. Croup. — 22. Rupture des valvules sigmoïdes. — 23. Oblitération de l'aorte. — 24. Discussion sur les abcès métastatiques. — 25. Phlébite. — 26, 27. Ulcères de l'estomac. — 28. Squirrhe de l'estomac. — 29. Perforation de l'intestin. — 30. Enteroraphie. — 31. Ancienne hernie inguinale étranglée et opérée. — 32. Hypertrophie de la rate. — 33. Infiltration purulente de la rate. — 34. Kystes du rein. — 35, 36. Perforation de la vessie. — 37. Tubercules du testicule. — 38. Tumeur perlée du testicule. — 39. Rétrécissement de l'urètre. — 40. Rupture de l'urètre. — 41. Éléphantiasis de la grande lèvre. — 42. Hémorrhagies du placenta. — 43. Encéphaloïde du sein. — 44. Extirpation des ganglions lymphatiques du cou hypertrophiés. — Nominations faites pendant le mois.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. Tessier présente une préparation de l'aponévrose palmaire dans laquelle on voit cette membrane envoyer des languettes qui se terminent dans le derme de la peau de la face antérieure et supérieure des doigts. M. Tessier fait remarquer que les rétractions des doigts peuvent tenir à l'inflammation chronique de ces languettes; il observe également qu'il peut y avoir des rétractions transversales de la paume de la main dues au raccourcissement des fibres transverses de l'aponévrose palmaire.

2. M. Cruveilhier présente à la société deux cas d'anomalie dans la distribution de l'artère brachiale. Dans le premier cas une artère anormale se sépare de l'axillaire, et occupe le trajet de la brachiale au-dessus et en dedans du muscle brachial antérieur. Au pli du bras, placée sous l'expansion aponévrotique du biceps, elle vient se jeter dans la radiale quelques lignes au-dessous de son origine. L'artère brachiale est placée plus profondément qu'à l'ordinaire; elle passe sous le tendon du muscle biceps, puis se bifurque pour former la radiale et la cubitale, qui se comportent comme dans l'état normal.

3. Dans le second cas d'anomalie présenté par M. Cruveilhier, l'artère anormale, naissant de la partie la plus élevée de l'humérale, vient s'aboucher avec la cubitale près de sa naissance; elle est placée immédiatement sous l'aponévrose brachiale; l'artère humérale offre sa disposition normale.

4. M. Renaud met sous les yeux de la Société une anomalie des reins. Ces organes existent à leur place et avec leur volume ordinaire; mais ils sont réunis par leur partie inférieure au moyen d'une espèce de bande placée transversalement au-devant de la colonne vertébrale; cette bande a la forme d'un troisième rein dont le bord convexe regarderait en bas et le bord concave en haut; chacun des reins latéraux reçoit une artère disposée comme dans l'état normal; une autre branche artérielle se sépare de chaque côté de l'aorte et vient pénétrer dans le rein près de sa partie inférieure; mais, avant de pénétrer dans la glande, cette artère fournit un rameau qui se rend à l'extrémité correspondante du rein surnuméraire; une autre urètre assez volumineuse se sépare de la bifurcation de l'aorte, et vient gagner la partie droite et inférieure de la portion transversale; les urètres naissent de la face antérieure des reins; ils reçoivent chacun une branche de la partie anormale; en continuant leur chemin, ils impriment sur la substance rénale deux sillons assez profonds.

5. M. Vernoy fait voir un cas tout semblable; seulement le bassin était rempli de calculs. Cet homme avait été taillé il y avait quelques années: il n'y avait point de calculs dans la vessie.

6. M. Lediberder présente le cadavre d'un enfant qui a vécu seize jours, et chez lequel il y a absence de la clavicule, de l'omoplate et du membre supérieur du côté gauche. A l'endroit où le bras aurait dû s'insérer au tronc existe une cicatrice froncée, circulaire, d'environ trois lignes de diamètre. Pendant la vie on voyait à chaque inspiration la région susclaviculaire soulevée par l'expansion pulmonaire, qu'il était facile de reconnaître par le toucher et l'auscultation. Le bras droit du même sujet présente une absence du radius, du premier métacarpien et du pouce, enfin du cinquième métacarpien et du doigt auriculaire.

7. M. Mouton communique les conclusions suivantes d'un travail sur l'analyse chimique des os.

Les os des différentes parties du corps diffèrent un peu dans leur composition chimique; cependant ces différences sont en général plus faibles qu'on ne le croit: à quelques fractions près, les os sont formés par l'union

d'un tiers de matières organiques et de deux tiers de matières salines. On a dit que ces proportions variaient selon les parties, le sexe, le tempérament et l'état sain ou malade des os. M. Mouret est porté à croire que lorsque ce fait a été exprimé, c'est l'aspect et la densité de l'os qui l'a fait conjecturer; il ne voit nulle part que des expériences directes soient venues à l'appui de cette assertion.

Au contraire, chaque fois qu'il a eu l'occasion de faire l'analyse de différents os, longs ou courts, spongieux ou compacts, sains ou malades, il lui est toujours arrivé d'y trouver le principe organique et le principe terreux dans des rapports tellement peu variables qu'il lui a été impossible d'y noter une différence sensible.

C'est à la suite d'une nouvelle série d'expériences confirmatives de celles qu'il a présentées dans son Mémoire sur la nature chimique de la carie et de la nécrose, qu'il a pu se convaincre qu'il en était ainsi.

Il a analysé les nouvelles portions de carie qui lui ont été remises par M. Bérard, et que la Société a vues dans une de ses séances; leur nature n'était point équivoque. Les os ont macéré cinq jours pour les priver des parties molles qui y adhéraient et des sucs qui les abreuyaient. Il les a ensuite traités par l'alcool bouillant pour les priver d'une matière grasse très-abondante; enfin il les a desséchés parfaitement. Leur poids noté, il les a soumis à l'action de l'acide hydrochlorique, et chacun des fragments sur lesquels il a opéré lui a donné pour résultat un rapport des principes organiques et inorganiques exactement conforme, à quelques centièmes près, à celui qu'il avait trouvé dans ses premières expériences.

Des os sains, pris dans les parties analogues à celles dont les os cariés provenaient, ont servi de type de comparaison à l'analyse de ces derniers, et la différence en poids pour le résidu de matière organique restant a été tout-à-fait nulle.

M. Mouret a analysé une portion d'un os iliaque, lequel n'était point carié, mais présentait une mollesse extrêmement remarquable; le couteau l'entamait avec la plus grande facilité; si l'on s'était contenté de l'aspect pour prononcer sur sa nature chimique, on eût pensé que l'os était réduit à sa partie organique, et que la partie terreuse avait disparu; cependant cet os, analysé, a donné, poids relatif, un résultat en tout semblable à celui d'une portion d'os sain prise sur les mêmes parties. C'est donc à une cause toute physique qu'il faut rapporter cet état de l'os et non à une aberration dans sa composition chimique.

Les chimistes donnent, pour l'état sain, le rapport de la matière terreuse à la matière organique 2 : 1. M. Mouret a trouvé, pour les os malades, ce rapport 2,001 : 1 : différence presque nulle.

8. M. Saint-Yves fait voir une tumeur osseuse siégeant dans l'épaisseur du tendon du muscle extenseur propre du gros orteil, à la réunion du tarse avec le métatarse, chez une jeune fille de dix-neuf ans qui avait fait usage de sabots. Cette tumeur a environ quinze lignes de longueur; elle est mamelonnée à sa surface et formée d'un tissu éburné; son intérieur offre du

tissu aréolaire à mailles très-fines; on voit à l'extrémité supérieure des vestiges du tendon; malgré l'ablation de la tumeur, les mouvements du gros orteil sont conservés.

9. M. Boinet présente un cas de *fracture d'une ankylose complète de l'articulation du coude*. Cette ankylose était fort ancienne: les parties molles qui environnent l'articulation avaient presque disparu, et la peau, mince et tendue comme un parchemin, était adhérente aux os. Le malade fit une chute sur le coude; il y eut fracture au niveau de l'ankylose, et en même temps rupture des téguments de la partie postérieure de l'articulation, de sorte que le foyer de la fracture était en rapport direct avec l'air extérieur. Le chirurgien dans le service duquel était placé le malade, considérant que ce qui fait le danger des fractures qui communiquent avec l'extérieur c'est surtout le croupissement du pus au fond d'une plaie profonde et anfractueuse, pensa que ce cas rentrait dans les fractures simples, et qu'il n'y avait pas lieu à faire l'amputation. Il n'y eut aucun accident: le douzième jour le malade mourut subitement sans avoir présenté aucun symptôme de phlébite. On trouva une vive inflammation de l'intestin grêle.

10. M. Hache présente l'*articulation coxo-fémorale* d'un enfant affecté depuis long-temps de coxalgie. Il y a déformation complète des surfaces articulaires; les cartilages et la synoviale ont complètement disparu; il y a eu destruction du tissu osseux; la tête du fémur est presque entièrement détruite, et ce qui en reste est couvert de fongosités; le diamètre vertical de la cavité cotyloïde est sensiblement augmenté; à sa partie supérieure il y a eu formation de tissu éburné; il y a destruction du fond de la cavité cotyloïde; le fémur, du côté malade, offrait un centimètre de moins en longueur que celui du côté opposé.

11. M. Cruveilhier fait connaître à la Société une *nouvelle cause de raccourcissement de la jambe*; c'est la dépression de la cavité cotyloïde dans le bassin. Chez une femme qui présentait cette disposition, les fémurs, mesurés avec soin, ne présentaient pas la moindre différence.

12. M. Desprez communique à la Société un nouveau *procédé de réduction des luxations du fémur en haut et en arrière*. Suivant lui toute traction est inutile: il suffit, pour remettre les parties en place, de faire exécuter à la cuisse un mouvement de flexion, puis de rotation en dehors; la tête du fémur se porte d'elle-même dans la cavité cotyloïde.

M. Guérard présente un cas d'*acéphalocyste solitaire du cerveau*; elle siégeait au centre du lobe moyen, et faisait saillie à la surface du cerveau et dans le ventricule latéral; son volume est celui d'un gros œuf de poule (un peu plus de cinq centimètres cubes; elle pèse quatre onces un demi-gros et douze grains; la substance cérébrale environnante était parfaitement saine. Il y avait paralysie incomplète des membres du côté du corps opposé à la maladie; la langue avait conservé sa mobilité.

14. M. Fournet présente une *ancienne hémorrhagie de l'arachnoïde*. Entre les deux feuillettes de cette membrane se trouve une poche à parois lisses et transparentes, séparées par un liquide séreux; il y a adhérence avec la

séreuse cérébrale au niveau des petites ailes du sphénoïde. Le malade était un homme de quarante ans, qui était entré à l'hôpital avec du délire, une légère déviation de la bouche et une faiblesse marquée de la main droite ; il avait déjà éprouvé trois fois de semblables attaques dont il s'était entièrement remis.

15. M. Fournet présente un second exemple d'hémorrhagie de l'arachnoïde ; mais ici la maladie est moins ancienne : les parois du kyste étaient rougeâtres et fortement adhérentes au feuillet pariétal de la séreuse. La poche contenait un liquide sanguinolent. Le malade avait présenté une hémiplegie complète du côté gauche, qui était le même où se trouvait la maladie de l'arachnoïde.

16. M. Andral fait voir un cas d'épanchement fort ancien dans la cavité de l'arachnoïde ; la poche existe au niveau du pariétal droit.

Les parois sont épaisses : elles ne contiennent dans leur intervalle qu'une petite quantité de liquide citrin. Il existe sur le pariétal des traces d'une ancienne fracture transversale, au niveau de laquelle les téguments offrent une cicatrice adhérente à l'os. On n'a aucun renseignement sur le sujet qui a offert ces lésions.

17. M. Godin présente une *atrophie du chiasma des nerfs optiques*, causée par une augmentation de volume de la tige pituitaire, et par une accumulation de liquide dans le troisième ventricule. Les nerfs optiques en avant de l'entrecroisement ne paraissent plus contenir de pulpe nerveuse et sont d'un aspect grisâtre. Cette altération existait chez une femme aliénée et affectée d'amaurose. Il y avait hydrocéphale ventriculaire considérable.

18. M. Vernois présente une *section du nerf facial* dans l'aqueduc de Fallope, opérée par la carie du rocher, à la suite d'une otite purulente chronique. L'oreille interne était entièrement détruite. Au niveau de la carie la dure-mère était parfaitement saine ; mais le cerveau offrait un ramollissement superficiel d'environ un demi-pouce d'étendue. La femme chez laquelle cette pièce a été trouvée était affectée d'une perte complète des mouvements de la face du même côté que la carie, avec conservation entière de la sensibilité. Elle avait depuis deux ans un écoulement purulent par l'oreille, lequel était survenu à la suite d'une couche. Il y avait surdité de ce côté.

19. M. Taupin met sous les yeux de la Société les *poumons* d'un enfant affecté de coqueluche. Il toussait depuis six mois ; mais la coqueluche ne datait que de six semaines. Il existe une hépatisation chronique des deux poumons et des dilatations fort considérables des bronches. De nombreux tubercules miliaires se remarquent au sommet des deux poumons.

20. M. Taupin met sous les yeux des membres de la Société les *voies aériennes* d'un enfant de trois ans et demi, qui a succombé au croup le quatrième jour de la maladie. Il fut pris subitement au milieu de la meilleure santé. On employa sans succès les émétiques, les saignées locales, les vésicatoires au cou et aux cuisses ; la trachéotomie fut pratiquée soixante heures après le début du mal : la respiration devint facile après l'opération,

L'enfant alla bien le premier jour; mais bientôt la respiration s'embarassa de nouveau; il mourut trente six heures après l'opération. Il y a des fausses membranes épaisses dans le larynx; elles obstruaient complètement l'ouverture de la glotte; les ventricules du larynx ne pouvaient être distingués qu'avec peine; la trachée et les bronches jusqu'à leur terminaison sont envahies par de fausses membranes plus minces; la pseudo-membrane se sépare difficilement de la muqueuse sous-jacente, qui n'est point rouge; les poumons présentent quelques points hépatisés; il y a sur les amygdales des plaques de fausses membranes qui ne s'étendent pas au pharynx.

21. M. *Hache* présente également les *voies aériennes* d'une petite fille de trois ans, qui a succombé au croup. Il y avait aphonie incomplète, toux sèche et rauque; mais elle ne présentait pas, non plus que dans le cas précédent, de toux sonore et d'un timbre particulier. La trachéotomie fut pratiquée au quatrième jour de la maladie; l'enfant succomba trente six heures après l'opération. — Le larynx, la trachée et la bronche gauche sont tapissés par une fausse membrane, assez consistante, et qui se sépare facilement de la muqueuse sous-jacente. La bronche droite est très-rouge et contient un mucus très-épais.

22. M. *Reignier* présente le *cœur* d'une malade qui avait présenté les signes d'une affection de cette organe, gêne de la respiration, œdème des membres inférieurs. L'auscultation faisait entendre un son musical particulier, immédiatement après le premier bruit. Le malade mourut le lendemain de son entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouva l'une des valvules sigmoïdes aortiques déchirée à son bord libre, d'où pendait un petit lambeau flottant. La même altération existait sur deux des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire.

23. M. *Barth* présente un cas d'*oblitération de l'aorte* à sa partie inférieure. Depuis son origine jusqu'au niveau de l'artère rénale elle offre son calibre normal. Au-dessous de la mésentérique inférieure existe un caillot dense, décoloré, qui oblitère complètement le vaisseau; ce caillot se prolonge dans les artères iliaques, la crurale du côté droit, la poplitée et dans la moitié supérieure de la tibia postérieure; à gauche le caillot cesse au demi-pouce au-dessous du ligament de Fallope. Les artères carotides et sous-clavières n'ont pas un volume sensiblement plus grand que dans l'état normal, non plus que les mammaires et les épigastriques; cette lésion a été trouvée chez une femme de cinquante-un ans, qui depuis quatre ans éprouvait un engourdissement fort incommode des membres inférieurs, lequel avait commencé par le membre droit, puis avait gagné le gauche. Dans les derniers temps la malade y éprouvait de vives douleurs, surtout après une marche prolongée. Elle a succombé à des hémoptysies; il y avait dans quelques points des poumons des traces d'apoplexie pulmonaire.

24. M. *Bérard* a présenté un cas d'*abcès métastatiques du cuir chevelu*. un individu entré dans son service pour une plaie contuse du cuir chevelu, laquelle sembla marcher quelque temps vers la guérison, lorsque le malade fut pris de frisson et d'érysipèle des bords de la plaie, lequel s'étendit

à la face entière. Il y eut décollement du péricoste et aspect grisâtre de la plaie. Il n'y eut pas de paralysie des membres, seulement la bouche se dévia légèrement. La mort survint au bout de sept ou huit jours. On trouva à la face externe de la dure-mère une exsudation membranaire; une semblable pseudo-membrane faisait adhérer les deux feuillets de l'arachnoïde dans l'étendue d'un pouce à peu près. L'encéphale était parfaitement sain. Le sinus longitudinal supérieur était rempli de pus. La surface du lobe droit du foie était parsemée de taches blanches, dues à la présence d'abcès superficiels de la glande. Il en existait également de profonds, mais en moins grand nombre. Le pus n'était pas collecté, mais disséminé dans la substance de l'organe. Il y a inflammation du péritoine avec production de fausses membranes; à la surface convexe du foie, et seulement au lobe droit, le ligament suspenseur paraît avoir limité la maladie. Il existe également des fausses membranes et du liquide purulent dans le petit bassin. Les poumons contenaient quelques abcès peu volumineux et en petit nombre; il y avait pleurésie purulente.

M. Bérard saisit cette occasion d'attaquer l'opinion des physiologistes qui admettent encore la résorption purulente. Il dit que donner ce nom à l'infection du sang qui succède à la phlébite, c'est tenir un langage que la saine physiologie ne peut avouer; puisque dans le cas de phlébite il y a exhalation de pus à la face interne des veines, et non absorption de ce liquide. Il s'élève contre la déplorable confusion que l'on a introduite dans la science, alors qu'on a voulu rapporter à une seule cause, savoir, la présence du pus en nature dans le système circulatoire, les accidents qu'on observe à la suite des phlébites, et ceux que détermine l'ouverture des abcès par congestion, et autres cavités accidentelles dans lesquelles le pus séjourne et s'altère. Il est loin de nier qu'il se fasse une absorption dans les foyers qui renferment du pus. Il pense au contraire qu'elle y est très-active, qu'elle introduit dans le sang des principes qui l'altèrent; il croit même que cette absorption contribue autant que les pertes abondantes résultant d'une excessive suppuration à la production de la fièvre hectique et du dévoiement colliquatif. Mais il nie que du pus en nature soit absorbé dans cette circonstance. Si, en effet, les globules du pus étaient introduits dans le système vasculaire par le procédé de l'absorption, ils ne manqueraient pas de produire les mêmes accidents qui rendent la phlébite si promptement mortelle; ils ne manqueraient pas de susciter le développement d'abcès dits métastatiques, dans le poumon, le foie et d'autres organes; or, c'est ce qui n'a pas lieu; car on doit négliger quelques faits exceptionnels, si tant est qu'on les ait bien observés, tandis que des faits contraires s'observent chaque jour. Si on accorde que c'est le transport du pus en nature dans le sang qui cause les accidents de la phlébite, on est contraint de nier que le pus en nature soit absorbé dans les abcès par congestion, car il agirait dans le dernier cas comme dans le premier. Si au contraire on nie que dans la phlébite il y ait passage du pus dans le sang, il n'y a plus rien à discuter; car on s'élève alors une question toute diffé-

rente de la première. Des recherches récentes sur l'absorption ont démontré que les porosités par lesquelles pénètrent, au moyen de l'imbibition, certaines substances absorbées, que ces porosités laissent passer les liquides et quelques-unes des substances tenues en dissolution dans les liquides, mais ne laissent point passer les corps tenus en suspension; or les globules du pus sont en suspension dans le liquide. Enfin, si les parois des abcès ou la surface des plaies avaient la propriété d'absorber le pus en nature, on ne voit pas pourquoi elles ne l'absorbent que dans quelques cas rares. Un poison soluble, mis en contact avec une surface vivante, y est constamment absorbé.

M. Tessier combat quelques-unes des assertions émises par M. Bérard. Il ne connaît aucune expérience directe sur l'absorption du pus. Il ignore si les globules de ce liquide ne pourraient pas traverser les membranes, et si le liquide ainsi filtré n'offrirait jamais de globules. Quand bien même ces expériences existeraient, il leur opposerait le passage suivant de M. Raspail (*Nouv. Système d'analyse Chimique*, pag. 508) « La forme et le nombre, la présence même des globules d'un pus ne sont que des circonstances infiniment accessoires de la présence de l'albumine dans ce liquide. » M. Tessier ajoute, d'après M. Raspail, que l'introduction des globules purulents dans le sang n'implique point nécessairement un empoisonnement. M. Tessier croit que l'absorption du pus des foyers purulents peut être suivie d'abcès métastatiques dans les organes. Il en a observé plusieurs fois et avec assez de soin pour être à l'abri de toute erreur. Sans expliquer la différence qui existe entre les accidents que détermine en général l'ouverture des abcès par congestion ou autres, et les accidents qu'on observe à la suite des phlébités, il croit qu'elle ne consiste point en ce que dans ce dernier cas il y a mélange au sang des globules purulents sécrétés par les membranes de la veine enflammée, tandis que ce mélange n'arrive pas dans le premier des cas indiqués.

25. M. Roignier présente un cas de *phlébite adhésive*, à la suite de couches; la malade n'a succombé qu'au trentième jour après l'accouchement. L'utérus est presque revenu à ses dimensions normales; les veines utérines, ovariennes, iliaques internes sont oblitérées par des caillots adhérents et décolorés; la veine cave, jusqu'à l'endroit où elle reçoit les veines rénales, est également oblitérée par un caillot en partie décoloré; vers sa partie supérieure, ce caillot contient à son centre une collection de pus du volume d'une petite noix; au-dessus du caillot la veine paraît tout-à-fait saine. Il n'existait point d'abcès métastatiques.

26. M. Cruveilhier présente un nouvel exemple d'ulcère de l'estomac cicatrisé. Ce cas a une similitude parfaite avec ceux que la Société a eus souvent sous les yeux. M. Cruveilhier avait diagnostiqué depuis longtemps cette affection. Dans plusieurs occasions il a pu porter un diagnostic certain, et voici les signes sur lesquels il l'établit: presque toujours le malade a des hématomésés, après lesquels il se rétablit, pour retomber bientôt; il a des coliques, des digestions pénibles, surtout à l'époque des vomissements de sang; il rend du sang par les selles; il existe des douleurs rou-

geantes à la région épigastrique, mais on n'y sent pas de tumeur. Un symptôme que M. Cruveilhier a eu souvent occasion de rencontrer et auquel il attache beaucoup d'importance, c'est ce qu'il nomme le *point rachidien*, c'est-à-dire une douleur vive et continue vers la terminaison de la région dorsale du rachis. Les symptômes vont toujours en s'aggravant, et les malades succombent à une abondante hémorrhagie. Cette maladie est bien loin d'être rare.

27. M. *Rognier* présente un *rétrécissement du commencement du duodénum* par un ulcère chronique. L'estomac est énorme; il remplissait l'abdomen, s'étendant jusqu'au pubis; sa membrane musculeuse présente des fibres très-distinctes et très-fortes; elle a plusieurs lignes d'épaisseur; l'orifice pylorique est sain, mais à un demi-pouce au-dessous se trouve une ulcération annulaire qui a rétréci le calibre du duodénum au point de ne permettre qu'avec peine le passage d'une plume. La maladie datait de huit ans. Tous les trois ou quatre jours il y avait vomissement d'une énorme quantité de matières alimentaires; la percussion faisait facilement reconnaître l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac; lorsque ce viscère était plein, on pouvait même percevoir la fluctuation à travers les parois abdominales.

M. Cruveilhier, qui a observé un grand nombre d'exemples de ce genre, tous frappants de ressemblance, rappelle que dans un de ces cas d'énorme distension de l'estomac, il n'y avait aucun obstacle dans tout le canal intestinal.

28. M. *Hardy* présente un *squirithe de l'estomac*, occupant la presque totalité de l'organe. Le pylore est parfaitement sain; il y a diminution notable du volume de l'estomac, qui ressemble à l'estomac d'un enfant de trois ou quatre ans; la muqueuse est mamelonnée, plissée et notablement hypertrophiée; le tissu cellulaire sous-muqueux forme une couche épaisse de plusieurs lignes, dense, d'un blanc bleuâtre, criant sous le scalpel.

29. M. *Rognier* présente un cas de *perforation spontanée de l'intestin grêle*, siégeant vers la fin de l'iléon. La forme de la solution de continuité est exactement circulaire; elle a environ trois lignes de circonférence; les bords sont rouges, un peu gonflés; il n'y avait pas de symptômes du côté de l'intestin. On soignait le malade pour une bronchite, lorsque tout-à-coup il fut pris de péritonite et succomba rapidement.

30. M. *A. Bérard* fait voir le *canal intestinal* d'une femme qui, dans un accès de manie, s'était réséqué environ deux pieds d'intestin. L'iléon présente des valvules jusque près du cœcum, ce qui a induit l'opérateur en erreur; car les plaies intestinales siégeant fort bas, la présence des valvules lui a fait croire que la partie lésée devait être assez rapprochée de l'estomac, et cette considération lui a fait préférer l'entéroraphie à l'établissement d'un anus contre nature. M. Bérard fait aussi connaître une méprise à laquelle il a été conduit en suivant le moyen conseillé par quelques auteurs pour reconnaître le bout supérieur du bout inférieur de l'intestin, c'est-à-dire de s'en rapporter au plus ou moins de contraction

de l'orifice intestinal, le bout supérieur étant toujours beaucoup moins revenu sur lui-même que l'inférieur. Or, ici l'autopsie fit voir à M. Bérard qu'il avait invaginé le bout inférieur dans le supérieur. Une autre particularité de cette opération, c'est qu'aucune ligature de vaisseaux de l'épiploon n'ayant été faite, il n'y a pas eu épanchement d'une seule goutte de sang, et qu'après trente-six heures, il n'y avait aucune trace d'agglutination entre les deux séreuses qui avaient été affrontées par le procédé de M. Jobert. Un ver lombric s'était glissé entre les lèvres de la plaie intestinale.

Relativement à la difficulté qui résulterait de l'existence des valvules conniventes jusque vers la fin de l'iléon, M. Chassaignac fait observer que la présence des plaques de Peyer, faciles à apercevoir dans la plupart des cas, pourrait servir à sortir d'embarras; ce que ne pense pas M. Bérard.

Une discussion s'élève à propos de l'existence des valvules jusque près du cœcum, dans les cas où, comme dans celui-ci, il y a raccourcissement notable du canal intestinal. La plupart des membres pensent que ce ne sont que des plis de la muqueuse dus à la contraction des fibres de la tunique musculaire. M. Ruz rapporte que M. Menière a trouvé, dans une douzaine de cas, l'intestin grêle plus court et les valvules existant jusqu'au cœcum, chez les individus affectés de péritonite.

M. Cruveilhier pense qu'il faut tenir grand compte des variétés anatomiques: il a vu l'intestin varier de onze à vingt-un pieds; et dans un cas de péritonite, le tube intestinal n'avait que sept pieds.

M. Valleix a remarqué une diminution de longueur fort notable de l'intestin, chez les très-jeunes enfants tenus à une diète sévère.

31. M. Godin met sous les yeux de la Société des pièces trouvées sur le cadavre d'une vieille femme opérée, il y a quatre mois, de *hernie inguinale étranglée*, et qui a succombé à une perforation intestinale située beaucoup plus haut que l'ancien étranglement. En disséquant la région inguinale sur laquelle l'opération avait été pratiquée, on trouve le canal inguinal occupé, dans toute son étendue, par un peloton de tissu graisseux; il est impossible de trouver des traces du débridement; il y a adhérence d'un paquet d'intestin grêle avec l'ouverture supérieure du canal; l'intestin est contourné plusieurs fois sur lui-même, et réuni par des adhérences anormales, de manière à former une masse à peu près inextricable; dans le point étranglé existe un rétrécissement considérable, tel, qu'il peut à peine admettre une plume à écrire; les valvules conniventes existent jusqu'au cœcum. La longueur de l'intestin n'a point été mesurée.

32. M. Nivet présente un cas d'*hypertrophie de la rate*, chez un sujet qui a assuré n'avoir jamais eu de fièvre intermittente. La rate a environ quatorze pouces de long sur six de large; son poids est de six livres; il y a condensation et induration marquée de son tissu; le foie est aussi notablement augmenté de volume. Le malade a succombé à une dysenterie chronique.

33. M. Mercier présente un cas d'*infiltration purulente de la rate*; l'anté-

ration n'occupe que trois ou quatre points bien circonscrits. Le vieillard chez lequel on a trouvé cette pièce n'avait subi aucune opération chirurgicale : il a succombé à une fièvre adynamique.

34. M. Lebert présente un cas de *kystes des reins*. Le sujet chez lequel ils ont été trouvés avait soixante-deux ans et présentait les symptômes d'une affection chronique de la vessie. Chaque rein est atrophié et présente à sa surface plusieurs kystes remplis par un liquide transparent, de couleur légèrement citrine, sans odeur urineuse. Leur volume varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'un pois. En outre, le bassin du rein gauche était rempli de pus. La vessie est épaissie. Il y a hypertrophie de ses membranes. De nombreuses colonnes se font remarquer, et il y a un grand nombre de petites poches qui commencent à se former. Une poche considérable existe à la partie postérieure de la vessie et communique avec la cavité vésicale par un très-large orifice arrondi et régulier. Elle contient environ un verre de pus. Il n'existait pas de calculs urinaires dans la vessie ni dans la poche qui y était annexée.

M. Nelaton dit avoir constaté plusieurs fois que les kystes de la surface du rein n'ont aucune communication avec les conduits urinaires, ce que démontre encore la nature du liquide contenu dans leur intérieur. Plusieurs membres ont fait la même observation.

35. M. Mercier présente une *hypertrophie de la prostate et des parois de la vessie*. Celle-ci offre à sa partie gauche et en arrière une perforation qui s'ouvre au-devant du rectum.

M. Mercier pense que cette ulcération est spontanée et n'est point le résultat de la présence de la sonde. Il se fonde sur ce que l'instrument n'est resté en place que trois jours; qu'il était en gomme élastique, et surtout sur ce que la muqueuse vésicale paraît se continuer dans l'ouverture anormale. Il s'explique cette circonstance en admettant que la muqueuse a fait hernie à travers les fibres de la musculuse, puis s'est ulcérée. Il s'appuie encore sur la présence d'un assez grand nombre de petites poches telles que celles que l'on rencontre dans la vessie des individus qui ont présenté des obstacles à la libre émission des urines.

Le malade sur lequel M. Mercier a trouvé cette pièce est mort de péritonite. Le petit bassin contenait environ un litre et demi de pus.

Les membres de la société ne peuvent admettre la manière de voir de M. Mercier, et regardent unanimement l'ulcération de la vessie comme produite par la présence de la sonde dans cet organe.

M. Mercier est engagé à continuer ses recherches sur ce sujet.

36. M. Debout présente un cas d'*abcès de la fosse iliaque ouvert dans la vessie*. La perforation permettait l'introduction du bout du doigt auriculaire. Le malade avait été sondé, mais n'avait pas porté de sonde à demeure.

37. M. Fournet présente les *testicules* d'un homme de trente-huit ans, qui avait reçu, il y a six mois, un coup de genou dans les bourses. Une large fistule ne tarda pas à se former, et on ne put obtenir la cicatrisation. La

malade a succombé à une diarrhée chronique. Les deux testicules sont presque entièrement envahis par de la matière tuberculeuse réunie en masses. Elle est encore à l'état de crudité, excepté dans le point correspondant à l'ulcération du scrotum, où l'on voit deux cavernes anfractueuses pouvant admettre l'extrémité du doigt auriculaire et présentant de la matière tuberculeuse libre et notablement ramollie. La cavité de l'épididyme est envahie par la même matière aussi bien que celle du canal, déférent dans l'étendue d'un pouce environ. Dans le reste de son trajet il est tout-à-fait libre. Il y avait des tubercules dans les poumons et dans le mésentère.

38. M. *Mouret* fait voir une *tumeur de matière perlée* siégeant sur le testicule. La plupart des membres présents pensent que la tumeur est placée entre les tuniques albuginée et vaginale. Le mauvais état de la pièce ne permet pas de s'en assurer. M. *Cruveilhier* rapporte avoir vu une semblable tumeur développée au centre même du testicule. M. *Mouret* a constaté, par l'analyse chimique, que la matière perlée est constituée par de la cholestérine.

39. M. *Lediborder* présente un *rétrécissement de l'urètre*, long d'un pouce et demi. Le canal a, dans ce point, deux tiers de ligne de diamètre; sa surface est lisse, parsemée de petites cicatrices linéaires. En avant est une ulcération grisâtre, ovulaire. Au-delà du rétrécissement qui est placé à la région prostatique, le canal présente une dilatation en entonnoir, dont le sommet correspond au commencement du rétrécissement. Les parois de cette partie rétrécie n'offrent ni induration ni épaississement. A la fin du premier tiers de son trajet aboutit une fausse route dont la surface lisse, organisée, indique qu'elle doit être ancienne. Le malade a succombé à des abcès métastatiques du foie.

40. M. *Lediborder* présente un cas de *rupture de l'urètre* et d'infiltration urineuse consécutive. La rupture siégeait au niveau de la courbure du canal. Une autre solution de continuité existait quelques lignes plus haut. La prostate est du volume d'une petite pomme. Les parois de la vessie sont considérablement hypertrophiées. La muqueuse mamelonnée contient dans ses replis de petits graviers. Elle n'a point perdu de sa consistance.

41. M. *Monod* présente une *tumeur* du poids de cinq livres et demie qu'il a extirpée chez une jeune femme. Elle occupait la grande lèvre du côté droit, datait de plusieurs années et n'occasionait que de la gêne. Elle fut enlevée avec facilité, et la guérison ne se fit pas attendre. Cette tumeur est de l'espèce de celles que l'on a désignées sous le nom d'éléphantiasis de la grande lèvre. Elle paraît être le résultat d'une hypertrophie des différents éléments de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Elle est formée par du tissu fibreux disposé en lames séparées par de la graisse et un liquide séreux. La peau qui la recouvre est épaissie. Les follicules pileux ont acquis un très-grand développement.

42. M. *Reignier* présente le *placenta* d'une jeune femme d'une bonne santé, accouchée à terme. La face utérine du placenta est parsemée de

corps blanchâtres, arrondis, enclatonnés, que M. Reignier regarde comme des tubercules. M. Cruveilhier n'hésite pas, au contraire, à les croire formés par de la fibrine décolorée. Ils sont, suivant ce professeur, la trace d'hémorrhagies circonscrites qui se sont effectuées pendant la gestation entre la face interne de l'utérus et la face externe du placenta.

43. M. A. Bérard montre une tumeur encéphaloïde du sein, qu'il a enlevée chez une femme de soixante ans. La maladie datait de sept ans. Il y a cinq ans qu'une première ablation fut pratiquée. Quelques années après il y eut récurrence du mal. La tumeur est placée au-dessus de la cicatrice de la première opération. Elle a le volume d'une petite orange, est formée par du tissu encéphaloïde à l'état de crudité dans la plus grande partie de sa masse, et offrant dans quelques points disséminés un commencement de ramollissement. La tumeur est circonscrite et n'envoie pas de traînées dans le tissu cellulaire graisseux environnant, qui est parfaitement sain. On trouve au milieu du tissu encéphaloïde quelques kystes peu volumineux remplis par un liquide sanguinolent.

44. M. Monod présente une tumeur volumineuse qu'il a extirpée chez une jeune fille de sept ans. Cette tumeur siégeait à la partie latérale droite du cou, étendue depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule, et s'avancait vers la ligne médiane en recouvrant le sterno-mastoïdien, au-dessous duquel elle envoyait des prolongements, ainsi que dans l'espace carotidien. La tumeur avait commencé à se développer à l'âge de trois ans, et était regardée comme de nature scrofuleuse. Dans ces derniers temps, comme elle produisait des accidents de suffocation, on résolut d'avoir recours à l'ablation. M. Monod se décida à enlever avec la tumeur la peau qui la recouvrait. Il y fut déterminé par les raisons suivantes : ce procédé abrège l'opération, il évite le tiraillement des veines nombreuses, qui peuvent facilement s'enflammer et donner lieu à de graves accidents ; il empêche le pus de stagner dans le fond si anfractueux de la plaie, ou de fuser dans la poitrine ; enfin il donne beaucoup de facilité pour l'extirpation des ganglions carotidiens lorsqu'ils sont malades. L'opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est qu'on fut obligé de disséquer la trachée et l'artère carotide : on se contenta de panser à plat. Tout marcha parfaitement ; et cette plaie, qui avait six pouces de long sur deux de large, ne présente plus, après deux mois, que l'étendue d'une pièce de trois francs.

La tumeur, qui a plus que le volume des deux poings, est manifestement formée de ganglions lymphatiques hypertrophiés et indurés, et offrant, dans certains points, de la matière tuberculeuse non ramollie.

Dans la séance du 28 février, M. le docteur Forget a échangé son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

M. Petel a été nommé membre adjoint de la Société, dans la séance du 9 mars.

Recherches sur la cause du raccourcissement dans certains cas de coxalgie observés chez les enfants, par M. NÉLATON, interne à l'Hôtel Dieu.

(Lu à la séance publique du 19 février 1835.)

La coxalgie est du nombre de ces maladies qui se présentent souvent à notre observation : aussi est-on justement étonné qu'en présence d'une affection redoutable par la douleur, la difformité, le danger de mort qui l'accompagne, la chirurgie possède à peine deux ou trois écrits importants. Je n'entreprendrai pas ici de combler toutes les lacunes, je veux seulement soumettre à la Société le résultat de mon observation dirigée sur les deux points suivants :

1° Symptomatologie,

2° Cause du raccourcissement.

La première partie est toute pratique; la seconde, appuyée sur des recherches d'anatomie, intéresse non-seulement la physiologie pathologique, mais encore une branche importante de la thérapeutique, je veux dire l'orthopédie.

J'ai puisé la plupart des faits qui servent de base à mon travail à l'Hôpital des enfants malades, dans le service de M. Baffos; sa bienveillance a mis à ma disposition tous les moyens d'étude, et son expérience, en confirmant les résultats de mes recherches, m'a permis de leur accorder quelque confiance.

1° Symptomatologie.

Si l'on parcourt les traités dogmatiques sur la coxalgie, Boyer, Brodie et le mémoire de Sabatier, on retrouve partout une division fondamentale. Ces auteurs séparent la maladie en deux périodes, dont la première est caractérisée par l'allongement du membre, la seconde au contraire par son raccourcissement. M. Boyer n'admet d'exception que pour le cas où, la partie supérieure de la cavité cotyloïde étant

détruite par la carie, la tête du fémur pourrait s'échapper primitivement par ce point sans avoir été refoulée en bas; encore pense-t-il qu'alors le raccourcissement est précédé d'un allongement qui, étant très-peu marqué, a pu échapper à l'observateur.

Ces idées dominent la science aujourd'hui à tel point que si l'on voit une coxalgie avec raccourcissement, on en conclut *a priori*, malgré le dire des malades, que l'allongement a existé précédemment.

Les choses, il est vrai, se passent ainsi dans un certain nombre de cas, mais il s'en faut beaucoup que ces deux ordres de phénomènes s'observent toujours; bien plus fréquemment au contraire, dans les coxalgies de cause externe et surtout de cause interne, le raccourcissement s'observe sans avoir jamais été précédé d'allongement.

Il n'y a pas, comme on le dit, allongement puis raccourcissement du membre par un déplacement subit, mais bien raccourcissement progressif, produit par un phénomène physiologique extra-articulaire dont l'action lente et graduée n'a rien de commun avec l'idée d'instantanéité que l'on attache à la production d'une luxation. J.-L. Petit avait déjà signalé que dans un grand nombre de cas la période d'allongement n'est point observée; il expliquait ce fait par l'accumulation de la synovie, qui, distendant et allongeant la capsule articulaire, permettait à la tête du fémur de vaciller dans l'articulation, et aux muscles, aidés par la forme hémisphérique de cette tête, de l'attirer du côté de leur attache au bassin (J.-L. Petit, *mem. de l'Ac. des Sc.*, 1722.)

Sabatier attaqua le premier cette explication, contestant l'accumulation de la sérosité, lui attribuant, lorsqu'elle existe, un effort latéral sur la capsule, sans aucune tendance à repousser la tête du fémur. Or, J.-L. Petit n'attribue point le déplacement à la sérosité, mais bien à l'action musculaire, aidée par la distension de la capsule et la forme de la tête. M. Beyer, regardant l'idée de J.-L. Petit comme

trop futile pour exiger une réfutation sérieuse, se contente de reproduire le texte de Sabatier.

En analysant l'explication de J.-L. Petit, on voit qu'elle comprend deux parties distinctes : l'une est relative à la nature de la matière qui distend la capsule articulaire, l'autre n'est qu'un exposé des changements de rapports qui résultent de cette distension. Le premier point de cette explication a été seul réfuté; quant au second, il me paraît inattaquable : quelle que soit la matière qui éloigne les deux os, aussitôt que la tête du fémur ne trouvera plus un point d'appui dans la cavité cotyloïde, elle sera entraînée dans un mouvement ascensionnel, et le déplacement ne sera borné que par le contact des deux os; d'ailleurs l'explication fût-elle dénuée de raison, s'ensuivrait-il que les faits allégués fussent inexacts? Une mauvaise explication ne détruit point un fait.

La divergence des opinions me paraît tenir à ce que l'on n'a jamais établi nettement le terrain de la discussion. En effet, si l'on se contente, pour prononcer qu'il y a allongement du membre, de constater une différence de niveau entre les talons, les malléoles, les rotules, etc., on sera journellement induit en erreur, cet allongement pouvant dépendre de l'abaissement d'une des moitiés latérales du bassin. Ce fait de la plus haute importance, bien que déjà signalé par Morgagni dans sa cinquante-sixième lettre consacrée aux causes de la claudication, était entièrement oublié, lorsque M. Sanson, dans ses leçons cliniques, et Brodin (*Maladies des Articulations*) le rappelèrent à l'attention des praticiens. Or, il y a tantôt abaissement, tantôt, mais plus rarement, élévation de la hanche du côté malade; ces phénomènes inverses dépendent-ils d'altérations anatomiques différentes dans leur forme, ou bien sont-ils le résultat du repos ou de l'exercice auxquels se livrent les enfants pendant la durée de leur maladie?

Ces questions forment autant de problèmes de mécani-

que animale appliquée à la pathologie que je me propose de résoudre dans un autre moment.

2°. Raccourcissement.

Outre les causes connues du raccourcissement telles que l'élévation de la crête iliaque, l'agrandissement de la cavité cotyloïde, l'usure de la tête du fémur, etc., il en est une qui dans certains cas joint son action à celle des autres, et qui parfois à elle seule produit un effet appréciable; cette cause du raccourcissement est l'atrophie en longueur du fémur et quelquefois de tout le squelette du membre malade. Je dois ici m'expliquer sur le sens dans lequel j'ai employé le mot atrophie. Dans la première période de la vie, les os s'accroissent dans tous les sens; si pendant le cours de cette période, une cause quelconque vient à ralentir le mouvement nutritif dans un membre, celui du côté opposé suivant les lois d'un développement normal, il en résultera bientôt entre eux une différence sensible. Il n'y a pas ici atrophie dans le sens qu'on attache ordinairement à ce mot, il n'y a qu'un arrêt de développement.

Or, un des premiers symptômes de la coxalgie est l'atrophie du membre correspondant; ce symptôme manque très-rarement, même dans la première période de l'affection articulaire; il peut à lui seul fournir dans les cas douteux un renseignement précieux sur la gravité d'une maladie qui pourrait paraître légère à son début. Ne devait-on pas supposer que cette atrophie n'était point bornée aux parties molles, qu'elle s'étendait au squelette du membre? Dans le cours de l'année dernière j'ai souvent eu l'occasion de mesurer comparativement les deux fémurs d'enfants morts de coxalgie, et l'expérience m'a démontré la réalité de ces prévisions théoriques. Je vous ai soumis plusieurs pièces pathologiques à l'appui de cette opinion, et votre examen a sanctionné mes observations. Dans quelques cas le défaut de longueur portait uniquement sur le fémur; plus rarement il s'observait aussi sur les os de la jambe, mais à un degré

moins prononcé. Pour apprécier cette différence, je mesurais l'intervalle qui sépare le sommet du grand trochanter de la partie la plus basse du condyle externe, évitant ainsi l'erreur qui pouvait résulter de la déformation et de l'usure soit de la tête, soit du col du fémur. Jamais je n'ai trouvé plus de six ou sept lignes de différence. Ce n'est donc point à cette seule circonstance qu'il faut attribuer le raccourcissement ; il y aurait autant d'inconvénient à négliger les autres causes qu'à nier celle que je vous signale.

L'arrêt de développement du tissu osseux est proportionnel à l'atrophie des parties molles ; cette règle générale souffre très-peu d'exceptions. On l'observe, non-seulement dans les luxations spontanées, mais encore dans toutes les maladies qui condamnent le membre à un repos prolongé, en amenant l'atrophie. En voici un exemple :

Un enfant de douze ans présentait tous les signes d'une luxation symptomatique du fémur : raccourcissement, rotation du pied en dedans, atrophie considérable, fistules nombreuses autour de l'articulation, impossibilité d'exécuter le moindre mouvement. L'autopsie fit reconnaître que l'articulation et le fémur étaient parfaitement sains : un séquestre invaginé de la tubérosité ischiatique avait causé tous les désordres. Comment un séquestre de l'ischion avait-il pu produire ce raccourcissement, dont on ne pouvait chercher la cause dans une lésion articulaire ? En comparant les deux fémurs, je reconnus que celui du côté malade était plus court de six lignes que celui du côté sain.

Si les preuves tirées de l'analogie pouvaient être invoquées en faveur d'une question purement anatomique, et que l'inspection cadavérique peut seule résoudre, je rappellerais que M. Dupuytren a démontré depuis long-temps que, dans le vice de conformation connu sous le nom de *pied-bot*, l'atrophie du membre est accompagnée d'un défaut de longueur du fémur.

De tout ce qui précède je crois pouvoir tirer les conclu-

sions suivantes : 1° la période d'allongement manque fréquemment dans la coxalgie, quatre fois sur cinq le raccourcissement s'observe dès le début et augmente graduellement; 2° le raccourcissement n'indique pas toujours un changement de rapport des surfaces articulaires; 3° il est souvent produit par un défaut de longueur du fémur.

Anévrysme partiel du cœur. — Observation recueillie par
M. MERCIER, interne des hôpitaux.

(Lue à la séance du 5 mars 1835.)

Le nommé Herpé, fondeur, âgé de soixante-dix ans, depuis près de trois ans à l'hospice de Bicêtre, homme d'une forte constitution, à poitrine large, assez amateur du vin, ayant depuis long-temps une extinction de voix presque complète, entra le 6 février 1835 dans le service de M. Prus, d'où il était sorti la veille guéri d'une légère pneumonie, et conservant toujours de l'emphysème pulmonaire et une gêne assez grande de la respiration. C'est le redoublement de cette oppression qui le força de rentrer à l'infirmerie.

Indépendamment des signes de l'emphysème (poitrine sonore, respiration vésiculaire peu sensible, râle crépitant, sec, à grosses bulles, crachats spumeux, etc.), voici ce que l'examen du cœur nous présenta : impulsion peu forte, les bruits n'ont rien d'insolite, battements tumultueux, irréguliers. Très-souvent à une intermittence succèdent tantôt une contraction plus forte, tantôt plusieurs contractions plus petites et précipitées. Le poulx participe à ce désordre, mais sa force n'est pas tout-à-fait en rapport avec celle du cœur. Ce dernier me semblait lutter contre un obstacle, et je crus à un rétrécissement de l'orifice aortique. Le malade n'accusa jamais de douleur à la région précordiale.

Une saignée, des antispasmodiques, des boissons adoucissantes n'améliorèrent pas son état. L'oppression augmenta, devint continue, des râles bronchiques de toute espèce survinrent, les crachats devinrent opaques, épais, blancs et quelquefois jaunes. Comme sa langue était sale et l'appétit nul, on essaya l'émétique à dose vomitive, mais il n'en résulta aucun bien. Enfin, vers le 18 février, tout le tissu cellulaire sous-cutané commença à s'infiltrer, et le malade succomba le 27 à l'embarras toujours croissant de la respiration et de la circulation.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — L'infiltration du tissu cellulaire est moindre que pendant la vie. — Lors de la section des téguments du crâne, il s'échappa beaucoup de sang. — Le cerveau se trouva généralement mou et sa substance humide.

Le péricarde et les deux plèvres contenaient une notable quantité de sérosité limpide sans fausses membranes. — Les poumons étaient emphysémateux, et en outre le lobe supérieur du poumon droit offrit des signes évidents d'œdème. — Rien dans le larynx et la trachée-artère.

En ouvrant le péricarde, je fus frappé de voir à la face antérieure du cœur une saillie large et dépassant de quatre à cinq lignes le niveau de cette face. Dans cet endroit le péricarde était adhérent au cœur par du tissu cellulaire bien organisé et assez lâche. Le cœur est volumineux; le ventricule gauche semble en avant dépasser de quelques lignes le droit. Au milieu de la masse totale, et à quinze lignes au-dessous de l'origine de l'artère pulmonaire, commence la saillie dont j'ai parlé, laquelle avait près d'un pouce et demi de large, et, se prolongeant jusqu'à la pointe, avait plus de deux pouces dans ce sens. Les vaisseaux du sillon antérieur la contournaient à droite. Une plaque d'un blanc mat couvre en partie la face antérieure du ventricule et de l'oreillette droite.

Soupçonnant un anévrysme partiel, j'ouvris le ventricule

gauche sur son bord libre. Il était le siège d'une dilatation assez grande et d'une légère hypertrophie. On y voyait au premier coup d'œil trois cavités circonscrites, qui cependant n'en formaient qu'une, comme nous le verrons plus tard. La plus grande, pouvant contenir une grosse noix, existe à l'union de la cloison avec la face antérieure, au milieu de l'espace qui sépare la base du ventricule de sa pointe. Son plus grand diamètre est de haut en bas. — Une autre, ronde, existe à la pointe et est séparée de la précédente par un intervalle de huit lignes. — La troisième, de pareille forme, se trouve derrière les deux autres, en face de l'espace qui les sépare, et n'est distante de chacune d'elles que par une épaisseur de trois lignes. Elle est creusée dans la cloison. Les deux dernières sont d'égale dimension et un peu moindres que la supérieure.

Tout autour et sur les colonnes charnues qui occupent la partie inférieure du ventricule la membrane interne est blanche comme du lait, très-épaisse, et ce n'est qu'insensiblement et à plus d'un pouce des enfoncements que ces qualités morbides disparaissent. Ces cavités sont remplies de concrétions fibrineuses, disposées par couches assez denses et d'un rouge assez foncé. Ces concrétions dégèrent près des orifices en une lame grisâtre, mince et transparente qui en recouvre les bords. Toutes se détachent avec facilité; et, lorsqu'elles sont enlevées, on voit manifestement la membrane interne s'étendre au fond des cavités ou plutôt de la cavité, car on s'aperçoit alors que la moyenne communique avec les deux autres et n'est séparée de chacune d'elles que par une colonne charnue formant une espèce de pont.

Au fond de l'anévrysme sa membrane interne est très-épaisse, mais non composée de deux lames, comme dans le cas consigné par M. Reynaud dans le *Journal hebdomadaire* (t. 2, 1829). Sa consistance est presque cartilagineuse, et elle est incrustée de petites concrétions ostéides de forme

lenticulaire. Du reste, cette membrane se confond avec celle du cœur, sans interruption ni trace d'érosion.

Au-dessous la substance musculaire est beaucoup plus molle que dans toute autre partie, très-pâle, raréfiée et entremêlée de beaucoup de tissu cellulaire. Dans des endroits ce tissu forme de petites îles cernées par du tissu musculaire, et réciproquement dans d'autres. A mesure qu'on s'approche des points les plus superficiels du sac anévrysmal, on voit le tissu cellulaire prédominer tellement, que dans cet endroit il sépare seul la membrane interne du péricarde, et permet de voir très-bien le jour au fond des cavités supérieure et inférieure quand on les interpose entre l'œil et la lumière.

Dans le reste du ventricule gauche aucune rougeur, aucune ulcération. — Les parois de l'oreillette de ce côté sont un peu épaissies. — Tous les orifices sont libres, les valvules aortiques ne présentent aucune concrétion; quelques-unes seulement existent à la face interne de l'aorte.

Le ventricule droit présente peu de chose à noter. Il est un peu plus long qu'il ne le paraît en avant, parce qu'il dégénère en une pointe qui contourne un peu en arrière la saillie que fait de ce côté la cavité moyenne dont j'ai parlé. Dans un espace exactement limité à cette saillie, la membrane interne est épaissie et d'un blanc de lait. Cet état de la membrane s'étend un peu sur les colonnes charnues qui naissent de ce point. — Ce ventricule contient des caillots noirâtres, tandis que le gauche en contient de jaunâtres comme cela arrive ordinairement.

Réflexions. — L'anévrysme partiel du cœur a été observé par un assez petit nombre de personnes : il a été soigneusement décrit par quelques-unes d'entre elles. Cependant la connaissance de cette maladie était peu répandue parmi les médecins avant l'époque à laquelle M. Breschet publia un mémoire sur ce sujet dans le *Répertoire d'Anatomie et de Physiologie pathologique* (t. 3). Depuis lors la science s'est

enrichie de nouveaux faits; et M. Ollivier d'Angers, généralisant ce que la plupart d'entre eux avaient de commun, a tracé une description aussi complète que possible de la dilatation partielle du cœur dans la nouvelle édition du *Dictionnaire de Médecine* (t. 8). J'ignore quelles conséquences pour le diagnostic on pourra tirer du fait que je rapporte, mais je le crois d'une grande importance sous le rapport anatomique. Peut-on en effet attribuer, avec M. Breschet, cette dilatation à une ulcération de la membrane interne et à une rupture du tissu charnu, ou, avec M. Reynaud, à une hernie de la membrane interne à travers les fibres musculaires écartées? Cela peut avoir eu lieu dans les cas qu'ils ont observés, mais dans celui-ci je ne le pense pas. Je crois que, soit simultanément, soit successivement, toute l'épaisseur de la paroi du cœur fut prise d'un travail morbide, qui probablement fut de nature inflammatoire. C'est ce travail qui a épaissi, cartilaginifié la membrane interne du ventricule gauche, qui a déterminé le ramollissement, la raréfaction du tissu musculaire et la prédominance du cellulaire. C'est lui qui, se transmettant du tissu charnu à la membrane interne du ventricule droit, y a produit une altération parfaitement limitée à la saillie que fait l'anévrysme de ce côté, et tout-à-fait semblable à celle qu'on remarque dans le ventricule gauche.

Peut-être est-ce encore lui qui plus que toute autre cause a produit l'adhérence du péricarde en cet endroit. M. Ollivier a attribué cette adhérence à la pression de la tumeur contre la séreuse; mais, sans nier cette influence, je ferai cependant remarquer que dans les cas de palpitations violentes, d'hypertrophies considérables du cœur, il est assez rare de voir les adhérences de cet organe au péricarde être la suite des frottements ou de la pression qui s'exerce alors, tandis que ces adhérences sont à peu près constantes sur les tumeurs anévrysmales. M. Ollivier fait très-bien observer qu'elles n'existaient pas dans les cas où, comme celui de

M. Reynaud, il n'y avait pas de proéminence à la surface du cœur; mais ce fait, qui au premier abord semble militer en faveur de son opinion, n'est peut-être pas aussi concluant qu'il le paraît. En effet, l'absence d'adhérence dans ce cas ne pourrait-elle pas dépendre de ce que l'inflammation sous l'influence de laquelle s'opère le ramollissement, et par suite la dilatation du cœur, n'a point encore envahi les couches musculaires externes.

Rupture traumatique de l'oreillette gauche du cœur : fractures incomplètes de l'os des îles et du maxillaire inférieur. Observation recueillie par M. GABRIEL, interne de l'hôpital de la Pitié.

(Lue dans la séance du 12 mars 1835.)

Le 1^{er} mars 1835, à neuf heures du matin, l'on apporta à la Pitié un jeune homme de seize à dix-huit ans, qui venait de tomber d'un second étage. Il y avait un quart d'heure que l'accident était arrivé, et déjà le pouls et le cœur ne présentaient plus de battements, les extrémités étaient froides, les yeux immobiles et la respiration anéantie. Tous ces symptômes étant bien constatés, le corps de cet individu fut immédiatement transporté à l'amphithéâtre, et l'ouverture en fut faite le lendemain, vingt-cinq heures après la mort.

Habitude extérieure. — Face couverte de sang; ecchymose légère au-dessus du sourcil gauche, autre ecchymose à la partie postérieure droite du crâne; plaie profonde d'un pouce de largeur, située sur la portion gauche de l'os maxillaire inférieur, auprès de la symphyse. A la jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la cuisse gauche existe en dehors une saillie considérable et une plaie

profonde. Il y a de ce côté un raccourcissement du membre de plus de deux pouces. Pas de trace extérieure de lésion sur le ventre ni sur la poitrine.

Abdomen. — Épanchement de sang entre les circonvolutions de l'intestin grêle : ce sang, dont la quantité peut être évaluée à dix ou douze onces, est liquide, ne présente pas de caillots et paraît provenir d'une déchirure du foie, s'étendant parallèlement au ligament suspenseur, et à sa droite ; cette déchirure a un peu plus de trois pouces de hauteur. Un autre épanchement de sang a lieu entre les deux lames du ligament suspenseur, et autour des vaisseaux gastro-hépatiques. La rate paraît saine. L'estomac, peu volumineux est parsemé de saillies et d'enfoncements alternatifs, résultant du plissement de la muqueuse, contient des aliments liquides, et présente dans quelques points de son étendue de petites taches rosées. Les reins sont sains, la vessie remplie d'urine limpide.

Poitrine. — Les poumons ne s'affaissent pas ; le droit, qui adhère à la plèvre en arrière, se déchire facilement. Entre les lobes, du même côté, se trouvent plusieurs ecchymoses qui simulent au dehors l'apoplexie pulmonaire.

Péricardé. — Très mince ; il est distendu par un épanchement dont les couches supérieures sont constituées par de la sérosité sanguinolente, au milieu de laquelle le cœur est comme suspendu. Les couches inférieures sur lesquelles le cœur semble reposer sont formées de sang noir, demi-liquide, non réuni en caillots. Lorsque tout le sang contenu dans le péricarde est évacué, il y en a de cinq à huit onces, l'on aperçoit à la base de l'appendice de l'oreillette gauche une ouverture à bords déchirés, pouvant admettre le bout du petit doigt. Le cœur est petit, très-consistant. Il existe plusieurs ecchymoses assez considérables à la naissance des gros vaisseaux.

Tête. — En enlevant la peau du front, l'on trouve au niveau de l'ecchymose dont j'ai parlé une dénudation de l'os,

que le périoste a abandonné dans l'étendue d'un pouce carré environ. Pas de fracture aux os du crâne.

A travers la dure-mère, on aperçoit un épanchement de sang, siégeant à la partie postérieure du cerveau, et n'atteignant pas le même niveau des deux côtés. Cet épanchement étant enlevé par un filet d'eau, l'on ne rencontre pas de trace de solution de continuité. Les veines de la surface du cerveau sont gorgées de sang noir. Il n'existe qu'une légère ecchymose sous-méningienne au niveau de l'ecchymose superficielle de la partie postérieure droite de la tête, que j'ai mentionnée plus haut. Le cerveau, le cervelet et la protubérance m'ont paru dans l'état normal. Une grande quantité de sang m'avait semblé s'écouler du canal vertébral, au moment où j'ai séparé le cerveau de la moelle; cependant ce canal ouvert dans toute sa longueur ne m'a laissé voir aucune trace de lésion : la moelle est très-consistante dans toute son étendue. Les veines vertébrales sont considérablement dilatées. Avant de me servir du rachitome, j'avais constaté qu'il n'existait pas de fracture aux vertèbres.

Tous les viscères abdominaux étant enlevés, je mis le squelette du bassin à nu, et je découvris : 1° une fracture sur la branche horizontale gauche du pubis ; 2° une fracture au niveau de l'épine de l'ischion du même côté ; 3° une fracture de l'os iliaque, du même côté, près de l'articulation sacro-iliaque; fracture complète en arrière, incomplète à la face interne et antérieure de cet os. Le cartilage épiphysaire de la marge de l'os iliaque est intact. En outre les articulations sacro-iliaques ont toutes deux éprouvé une diastase considérable. Sous le muscle iliaque du côté droit existe un amas de sang. Au niveau de la fracture du fémur, dont j'ai parlé plus haut, existe un détrit des muscles de la partie externe de la cuisse : quatre esquilles de différente grosseur se trouvent interposées aux deux fragments. En dénudant l'os maxillaire inférieur, l'on aperçoit au niveau de la dent canino gauche une fracture verticale. Au niveau de l'entrée du canal

dentaire existe une fracture complète en arrière, quoique en avant, sous le muscle masséter, il n'y ait aucune trace de solution de continuité. La parotide du même côté est environnée d'un ecchymose considérable.

Ce fait est remarquable sous deux rapports :

1° Comme observation de fracture incomplète, lésion qui est formellement déniée par Boyer;

2° Comme observation de rupture traumatique de l'oreillette gauche.

C'est un nouvel exemple à joindre à ceux qui ont été rapportés : l'un par Chaussier (Portal, Mémoire sur les morts subites; parmi ceux de l'Académie des Sciences de Paris 1784); l'autre par M. Bérard aîné, dans sa thèse inaugurale.

Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et oblitération de cet orifice par un caillot sanguin; observation recueillie par M. GUÉNARD, interne à l'Hôtel-Dieu.

(Lue à la séance du 9 avril 1835.)

Au n° 5, salle Saint-Charles, est couchée Anne Legros, âgée de quarante-neuf ans, n'exerçant aucun état, et vivant jusqu'à ce jour du travail de son mari.

Cette malade, au 1^{er} janvier 1835, lorsque j'entrai dans le service, se trouvait affectée d'une pleurésie double, qui la tenait dans la salle depuis le 29 novembre 1834. Elle attribuait sa maladie à une cause toute morale : les chagrins qu'elle venait de ressentir de la mort de son mari.

L'épanchement pleurétique avait seul jusque là attiré l'attention. On s'était borné à l'auscultation des poumons; ou, du moins, si le moyen de diagnostic avait été étendu sur d'autres organes, il n'avait rien offert qui pût être noté; d'ailleurs tous les symptômes étaient bien ceux d'une simple

pleurésie chronique. Je me bornai aussi chaque jour à m'assurer de la diminution de l'épanchement.

La malade, presque guérie, d'après toute apparence, puisqu'elle se levait constamment, prenait les $\frac{3}{4}$ de portion, et que l'auscultation ne faisait plus entendre qu'un peu d'égophonie, demanda à sortir, et sortit le 20 janvier.

Deux mois s'étaient à peine écoulés depuis sa sortie, lorsqu'elle revint, dans la même salle, offrant les symptômes suivants : physionomie fortement altérée, teint jaune, face grippée, dyspnée extrême, respiration fréquente, pouls assez fort, fréquent ; elle ne peut supporter la position horizontale sous peine de suffocation imminente ; expectorations de crachats visqueux, gluants, jaunâtres ; l'auscultation fait entendre de l'égophonie à la partie postérieure et inférieure de chaque poumon ; on distingue en même temps à la partie supérieure un peu de râle crépitant ou peut-être sous-crépitant.

Une saignée fut faite le soir même de l'entrée de la malade, et parut la soulager beaucoup : sa respiration devint notablement moins gênée ; le râle fut modifié et prit un caractère d'humidité qu'il n'avait pas la veille ; les crachats changèrent d'aspect, ce ne fut plus qu'un flux muqueux abondant ; du reste, on se contenta pendant quelques jours de faire une médication toute palliative.

Le 6^e jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade se plaignit d'une infiltration des extrémités, d'insomnie, de rêvasserie ; en même temps elle accusa des nausées, des vomissements, une douleur à la région précordiale toutes les fois qu'elle avalait quelque portion d'aliments. Le pouls dès lors devint petit, concentré et offrit une irrégularité remarquable ; la respiration devint courte, précipitée.

Je voulus ausculter la région du cœur, afin de me rendre raison de cette irrégularité du pouls et des autres phénomènes survenus si subitement et sans cause connue ; mais l'auscultation ne me fit entendre que des bruits confus ;

tumultueux, que je ne pus analyser, et nous crûmes à une péricardite consécutive, à une pleurésie.

La malade mourut le lendemain, après une longue agonie.

L'autopsie offrit les lésions suivantes : chaque cavité des plèvres contient au moins un litre d'un liquide citrin limpide, nullement altéré par des flocons albumineux ; en outre des liens cellulaires font adhérer les deux feuillets pariétal et pulmonaire de la membrane séreuse. Les poumons ne sont pas refoulés contre la colonne vertébrale comme dans une pleurésie simple ; mais un liquide séreux, dont ils sont infiltrés, leur permet de garder leur volume normal ; du reste ils offrent tous les caractères des poumons oedématisés. Celui du côté gauche adhère au péricarde par sa face interne, et la portion du feuillet séreux qui établit cette adhérence est rouge, injectée. Le péricarde est distendu, et nous attribuâmes d'abord cette distension à l'existence d'un épanchement de sérosité dans sa cavité ; mais une ponction montra que, loin qu'il y eût interposition d'un liquide entre le cœur et la membrane fibreuse, il y avait au contraire adhérence intime, et je fus obligé pour enlever le péricarde d'avoir recours à la dissection. La face externe des oreillettes et surtout leurs appendices avaient participé à l'inflammation et adhéraient aux ventricules.

L'examen du cœur offrit les lésions suivantes : La capacité des oreillettes augmentée au moins du double, le ventricule droit aussi fortement dilaté. Dans l'oreillette gauche on voit au-dessous de la membrane interne, deux ou trois petites plaques cartilagineuses, d'autres semblables se voyaient dans l'aorte, surtout au-dessus des valvules sigmoïdes.

L'altération la plus remarquable existe dans l'orifice auriculo-ventriculaire gauche : les deux portions de la valvule mitrale se trouvent adhérentes l'une à l'autre, ne formant plus qu'un tout continu, et par ce contact donnant lieu nécessairement à un rétrécissement considérable de l'orifice ; les tendons provenant des colonnes charnues du cœur, qui

venaient se terminer autour de cet orifice, moitié moindres que dans l'état normal, avaient, ainsi que les valvules, subi une sorte de dégénérescence cartilagineuse.

Cet orifice était encore rétréci par quelques végétations comme calcaires déposées sur son bord libre ; on voyait de semblables végétations sur les limites des ouvertures auriculo-aortique et ventriculo-auriculaire droite.

Mais l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ainsi rétréci présentait ceci de particulier, qu'il était précédé dans l'oreillette d'une sorte d'infundibulum sur lequel était comme moulé un caillot sanguin, d'une forme remarquable, du volume d'une noix de muscade ; ce caillot obstruait l'orifice ; il était enveloppé de couches membraniformes dont je pus facilement disséquer deux lames, et qui lui formaient une espèce de coque sphérique complète, si ce n'est à deux points diamétralement opposés et correspondant centre pour centre à l'orifice auriculo-ventriculaire, où le caillot paraissait à nu, et laissait voir sur sa face auriculaire le sang coagulé ; tandis que la partie en contact avec l'orifice ventriculaire présentait un enfoncement rugueux, dû déjà à un dépôt de lymphe plastique non encore organisé. On eût dit que le sang, d'abord coagulé excentriquement, avait trouvé encore pendant quelque temps passage à travers le canal central, lequel aurait fini, peut-être après la mort, par s'oblitérer. D'ailleurs ce caillot n'était nullement adhérent aux parois de l'oreillette.

Note sur un cas de pancréas graisseux, avec calculs pancréatiques ; par M. SONNIE MORET, interne des hôpitaux.

Jean Girard, âgé de soixante-cinq ans, d'une constitution affaiblie, avait long-temps fait le métier de postillon, et, devenu trop vieux pour le continuer, il l'avait cessé depuis

quelques années pour prendre celui de portier. Au commencement de 1835, ne pouvant plus se livrer à son travail, il se retira chez des parents qui le firent entrer le 4 février à la Pitié.

Ses jambes et une partie des cuisses étaient œdémateuses; il présentait de la dyspnée, de la toux; l'air pénétrait bien à la partie antérieure des poumons, mais on entendait à peine les battements du cœur. Au bout de quelques jours ce malade fut mis à la demi-portion : cependant l'anasarque augmentait continuellement. L'œdème gagne les parois de l'abdomen et les extrémités supérieures; de la sérosité s'accumula dans la cavité péritonéale. L'urine était peu abondante, elle fut analysée, et on n'y trouva aucune trace d'albumine. Au commencement de mars l'appétit se perdit tout-à-fait, la respiration devint extrêmement gênée, et le 8 la mort eut lieu, immédiatement après le vomissement d'une assez grande quantité de matière noirâtre.

Le sujet présentait un nombre considérable d'altérations pathologiques.

La plèvre gauche était le siège d'une pleurésie hémorrhagique; l'épanchement était d'environ une livre de liquide. Une fausse membrane épaisse et très-vasculaire recouvrait toute la surface interne de la plèvre, n'adhérant avec elle-même que dans les espaces interlobaires.

Les deux poumons étaient engoués en arrière, et le droit présentait deux petites cavernes au sommet.

Le foie était fort petit, d'une couleur ordinaire; on y trouvait de petites granulations tuberculeuses, la plupart sont péritonéales.

La vésicule du fiel contenait à peine une cuillerée à café de liquide d'un jaune citrin.

La rate était ferme, ratatinée, fort adhérente au diaphragme, au moyen de fausses membranes anciennes, s'enlevant en lamelles cartilagineuses à la superficie, et découvrant une lamelle plus profonde ossifiée.

La tunique vaginale du testicule droit était le siège d'une hydrocèle du volume du poing.

Les veines iliaque-externe et crurale du côté droit étaient distendues par des caillots légèrement adhérents.

Mais l'altération la plus curieuse se rencontrait dans le pancréas. Cet organe, dont le volume était un peu augmenté, est entièrement transformé en matière grasseuse; son canal, qui présente deux orifices libres dans le duodénum, est occupé près de cet intestin par plusieurs calculs d'un blanc grisâtre, assez durs au centre, friables à la surface, qui est inégale et granulée. Quelques-uns de ces calculs pénètrent dans l'origine des ramifications voisines.

Derrière l'obstacle, le canal pancréatique offre près d'un pouce de développement; cette dimension décroît peu à peu, mais partout le canal conserve une capacité bien supérieure à celle qui lui est ordinaire; ses parois sont lisses, blanches, épaisses, et on y voit les orifices des ramifications qui participent à la dilatation générale du conduit.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Sancti

BULLETIN N° 2 (3^e SÉRIE) — (Octobre 1835),

RÉDIGÉ

PAR MM. BELL, VALLEIX, CAZALIS, DENONVILLIERS,
MAISONNEUVE, MAROTTE ET BÉRAUD.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
le mois d'Avril.*

1. Organisation des cartilages articulaires. — 2. Mode de formation des céphalématomes. — 3. Carie vertébrale. — 4. Carie du sternum. — 5. Fracture du fémur. — 6 et 7. Fractures du col du fémur. — 8. Destruction de l'articulation scapulo-humérale. — 9. Ankylose de l'articulation coxo-fémorale. — 10. Luxation de l'astragale. — 11. Corps étrangers articulaires. 12. Tumeur adipeuse de la dure-mère. — 13. Tubercule du cerveau. — 14. Ossification de la membrane hyaloïde. — 15. Goutte. — 16. Croup. — 17. Foyer gangréneux du diaphragme. — Nominations pendant le mois.

1. M. Tessier développe ses idées sur la nature des cartilages articulaires : il dit que tous les tissus ont pour base ou pour canevas une trame organique à mailles plus ou moins régulières, plus ou moins larges, formées par des filaments dont les qualités physiques sont variables à l'infini, suivant une foule de circonstances telles que la distribution des vaisseaux et des nerfs, l'époque de leur développement, etc.... Les cartilages, comme tous les autres tissus, présentent cette disposition, mais dans son état le plus grossier; parce que le cartilage est un organe incomplètement développé, privé de nerfs et de vaisseaux, que dans son intérieur il ne se fait aucune sécrétion régulière dont les produits écartent les mailles pour se renfermer dans des cellules. L'organisation du cartilage est donc aussi simple que possible; elle ne renferme que deux des éléments de l'organisation, une trame et un liquide nourricier qui l'imbibe; les vaisseaux et les nerfs ne s'y ramifient point. Cependant les cartilages vivent, en ce sens qu'ils s'accroissent d'une manière régulière, et qu'ils finissent chez certains vieillards par devenir vasculaires, et alors revêtir des formes analogues à celles du tissu osseux. Quant à la connexion des cartilages avec le tissu osseux sur

lequel ils s'implantent, et avec la membrane synoviale qui les entoure, M. Tessier pense que les cartilages ne sont point une simple déposition à la surface des os, ils ne sont que la continuation et la terminaison des os, et au point de jonction il est impossible de dire ce qui est os et ce qui est cartilage, tant la fusion est intime, surtout lorsque l'on examine ces objets à la loupe, car l'œil ne fournit que des résultats grossiers. La portion des os sur laquelle ils s'implantent est formée par une lame très-fine de tissu compacte; à leur pourtour ils se confondent avec le périoste; leur surface libre est revêtue par une membrane mince mais très-résistante, qui se continue sans ligne de démarcation avec la membrane synoviale, dont cependant elle diffère par une circonstance fort importante, la vascularité. En effet, la membrane synoviale dans tout le reste de son étendue est fort vasculaire, c'est-à-dire qu'au-dessous d'elle, dans le tissu cellulaire sous-séreux, on rencontre un réseau fort riche de vaisseaux capillaires; au niveau du pourtour du cartilage ce réseau disparaît, et par un mécanisme fort curieux, pour rejoindre d'une part la couche de vaisseaux capillaires du périoste, et de l'autre se répandre en capillaires sous la synoviale, après avoir décrit au pourtour des cartilages des anses plus ou moins longues, au moyen desquelles chaque branche de la parabole vient se terminer en dehors du tissu cartilagineux. Néanmoins on voit çà et là de petits vaisseaux s'avancer de quelques lignes sur les cartilages, quelques-uns même les traversent sans s'y distribuer et s'enfoncent dans le tissu osseux sous-jacent; de telle sorte que le cartilage et la membrane lisse qui le tapissent ne reçoivent aucune ramification vasculaire, et certes cela suffit pour établir une distinction importante entre la synoviale extérieure aux cartilages et la membrane lisse qui les tapisse.

2. M. Valleix présente plusieurs têtes d'enfants naissants offrant des états variés qui tous ont rapport à la manière dont se produisent les céphalématomes. Sur la première pièce il montre l'état des os et du crâne chez les enfants. Le centre en est lisse, poli, compacte et ne présente aucune trace de fibres dans une petite étendue; mais, autour de ce point le tissu osseux est moins dense, et les fibres rayonnées y sont très-manifestes; elles sont séparées par des enfoncements longitudinaux assez profonds. Si l'on comprime la tête même très-légèrement, on voit aussitôt, du fond des cannelures qui séparent les fibres, suinter une multitude de gouttelettes de sang qui grossissent bientôt, et finissent par former une nappe liquide sur l'os, et même ruisseler de tous les côtés.

M. Valleix rappelle que M. P. Dubois a publié dans la nouvelle édition du *Dictionnaire de Médecine* une description de cet état des os du crâne chez l'enfant naissant, qui est d'une parfaite exactitude. Les faits suivants lui paraissent nouveaux :

Sur une seconde tête il fait voir (le cuir chevelu et l'époussure ayant été enlevés) une tache ovalaire, d'un rouge foncé inolument au bleu, dont le segment le plus grand se trouve sur le pariétal droit, et qui est traversée par la suture sagittale. Cette tache est parfaitement circonscrite; elle a deux

pouces d'avant-arrière et un pouce et demi transversalement. Chez plus de quarante enfants qu'il a examinés il a trouvé un aspect semblable. N'ayant pas eu occasion de disséquer un enfant dont la naissance par les pieds lui fût prouvée, il ne peut dire ce qui arrive en cette occasion.

Il a constaté sur ces enfants que la tache ovale est de grandeur variable, mais qu'elle a toujours au moins deux pouces dans son plus grand diamètre. Elle occupe ordinairement une portion des deux pariétaux; elle est dans ce cas plus rapprochée de l'occipital que du frontal; sa plus grande portion est le plus souvent sur le pariétal droit, partie qui se présente d'abord dans la première position, et sur laquelle on a presque toujours trouvé les *céphalématomes*. Quelquefois au contraire le pariétal gauche a la plus grande partie de cette tache ovale, ce qui répond à la seconde position et au siège le plus fréquent du *céphalématome* après le pariétal droit. Enfin, on rencontre très-rarement cette tache sur les autres points du crâne.

Lorsqu'on enlève le *péricrâne*, on voit le plus souvent qu'il se détache avec facilité, qu'il n'est point altéré, mais que le tissu cellulaire qui l'unit à l'os est gorgé de sang, et se présente, après sa déchirure, sous la forme de petits grains rouges qui tapissent d'une part la face profonde de cette membrane, et de l'autre la surface de l'os, dont ils masquent la forme rayonnée. Cet état ne se présente que dans les points où existe l'écchymose, et il en résulte une différence très-marquée entre ces points et le reste du crâne. Quelquefois le tissu cellulaire sous-péricrânien est entièrement pénétré par du sang que l'on peut exprimer par la pression, et enfin il n'est pas rare de trouver une véritable nappe sanguine sur l'os. Dans ce dernier cas le tissu cellulaire est presque entièrement détruit, et par conséquent le *péricrâne* s'enlève avec la plus grande facilité. M. Vallet a trouvé ces couches sanguines sur des pariétaux opposés à ceux qui portaient des *céphalématomes*, et on voyait manifestement qu'elles servaient à compléter un ovale existant dans le lieu où se rencontre ordinairement la tache ovale dont il est parlé plus haut et dont le *céphalématome* lui-même formait la partie la plus considérable.

Lorsqu'il n'y a qu'une légère infiltration sanguine, elle se dissipe quelques jours après la naissance, et le tissu cellulaire reprend son aspect naturel. Si l'infiltration est plus considérable, le sang qui distend le tissu cellulaire paraît s'organiser; et l'on trouve une membrane quelquefois épaisse d'une demi-ligne, rouge, assez consistante, pouvant s'enlever par lambeaux, et à laquelle le *péricrâne* adhère par des fibres blanches. Si y a eu formation d'une nappe sanguine, il n'est pas rare de trouver des ossifications lamelleuses auxquelles le *péricrâne* adhère très-faiblement, et qu'on détache sans peine de l'os en glissant la pointe du scalpel au-dessous d'elles. Ces lamelles osseuses ne présentent pas l'aspect fibreux et masquent celui de l'os sous-jacent. Elles paraissent formées par la réunion d'une multitude de petits grains osseux placés les uns à côté des autres; elles sont lisses à leur surface *péricrânienne*, et rugueuses à la face qui est en contact avec la partie radicée de l'os. Les pièces présentées par M. Val-

leix viennent à l'appui de toutes ces assertions. Sur la première, en même temps qu'il a montré la facilité avec laquelle on faisait suinter le sang à travers le périoste, il a fait voir une ecchymose légère, ovulaire et circonscrite. Sur la seconde, la tache ovulaire était plus apparente et siégeait sur les deux pariétaux; du côté droit, où se trouvait la partie la plus considérable de la tache, il y avait infiltration considérable de sang noir sous le périoste; du côté gauche le tissu cellulaire était seulement teint de sang. Une troisième pièce a fait voir une couche sanguine fort mince. La quatrième, une membrane organisée succédant à une infiltration sanguine. La cinquième, une lamelle osseuse. La sixième, une lamelle osseuse semblable, trouvée sur un pariétal opposé à celui qui portait un céphalématome. Cette lamelle a succédé à une exsudation sanguine sous-péricrânienne, et sa forme demi-ovulaire complète l'ovale dont le céphalématome représente la plus grande portion.

De la facilité avec laquelle on exprime le sang à travers les os du crâne M. Valleix conclut que la constriction du col de la matrice sur le sommet pendant le travail doit produire un effet semblable. *L'existence constante, le siège, la forme, l'étendue des taches ovulaires dues à l'infiltration sanguine, à l'ecchymose sous-péricrânienne, lui font penser que cette ecchymose est due à la constriction du col.* De ces ecchymoses aux nappes sanguines, et de celles-ci aux céphalématomes la transition est simple et naturelle. Enfin, les ecchymoses complétant l'ovale, dont les céphalématomes forment une partie, démontrent que ces lésions sont des effets dus à une seule et même cause.

3. M. Barthaz présente un os de carie de la colonne vertébrale avec aboès par congestion. Cette carie a détruit entièrement le corps de la onzième vertèbre dorsale et près de la moitié gauche de la douzième, ainsi qu'une petite portion de la dixième. Ces deux vertèbres offrent des cavités dont une, pouvant recevoir l'extrémité du doigt auriculaire, contenant des masses de matière tuberculeuse. La substance aréolaire du corps des vertèbres placées au-dessus et au-dessous de la carie, paraît avoir subi un commencement de travail morbide; le tissu osseux est plus mou, plus vasculaire que dans l'état normal. Le pus avait fusé en avant dans la gaine du muscle psoas, en déjetant en avant et en dedans les vaisseaux iliaques; il formait une tumeur à l'aîne gauche et s'étendait jusqu'à l'attache du psoas, au petit trochanter. Le trajet fistuleux est revêtu par une membrane épaisse et très-ferme. En arrière le pus avait fusé dans la gaine des muscles lombaires et faisait saillie à la région des lombes. Du pus existait dans la cavité de l'arachnoïde spinale et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; il paraît avoir pris naissance dans l'intérieur du rachis; car en examinant la dure-mère au niveau de la maladie des os, on la trouve rouge, épaissie, mais non perforée; ce pus, verdâtre, fortement adhérent aux parties qu'il recouvre, se retrouve jusqu'au niveau du renflement brachial de la moelle. Le sujet chez lequel ces altérations ont été rencontrées était scrofuleux; on a trouvé de nombreux tubercules dans les poumons.

4. *M. Vernois* montre un exemple de carie du sternum chez une femme de soixante-quatre ans. Cette maladie ne reconnaît pas de cause appréciable; aucune chute, aucun coup ne peuvent expliquer son développement. Elle s'est annoncée par une tumeur située à l'union de la première avec la deuxième pièce du sternum. Cette tumeur a acquis le volume d'un œuf de poule sans déterminer aucune douleur. Huit jours seulement avant la mort de la malade elle est devenue rouge, tendue, douloureuse, et a présenté tous les caractères d'un abcès aigu sous-cutané. Deux jours après l'apparition des accidents inflammatoires, la malade a été prise d'une pneumonie du côté gauche à laquelle elle a succombé. La carie occupe le point de réunion de la première et de la deuxième pièce de l'os; elle était environnée d'une collection purulente, circonscrite en arrière par le périoste, devenu lardacé, qui avait empêché le pus de s'épancher dans le médiastin. La vésicule biliaire était remplie par un gros calcul. Quoique la malade eût pris du tartre stibié à haute dose, l'intestin et l'estomac étaient parfaitement sains.

5. *M. Gendron* présente un cas de fracture de la partie supérieure du fémur. Le fragment supérieur est lui-même fracturé longitudinalement, de manière à former deux fragments secondaires entre lesquels le fragment inférieur est logé; la consolidation s'est faite dans cette position; le cal est très-volumineux et la position réciproque des fragments a dû donner lieu à un raccourcissement considérable.

6. *M. Michon* présente une fracture du col du fémur arrivée chez une femme de quatre-vingt-quatre ans, à la suite d'une chute; le diagnostic présentait de la difficulté; il y avait rotation du pied en dedans, l'espace compris entre le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure et supérieure était parfaitement identique des deux côtés. Enfin, en imprimant au membre des mouvements de rotation sur lui-même, on faisait exécuter au trochanter des mouvements d'arc de cercle assez étendus. La fracture est oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors, de manière à intéresser en partie le grand trochanter.

M. Chassaignac rappelle, qu'entre autres explications, on a signalé la disposition des surfaces fracturées comme pouvant déterminer la rotation du pied en dedans. L'obliquité des fragments fait que le fragment cotyloïdien retient en avant le fragment fémoral et l'empêche de se porter en arrière. Le mouvement de rotation en dedans serait alors produit par l'action du petit fessier et du muscle du fascia-lata.

M. Mercier croit que dans la fracture du col du fémur ce sont les causes extérieures qui produisent la rotation du pied en dedans ou en dehors.

7. A l'appui de son opinion *M. Mercier* présente deux cas de fracture du col du fémur dans lesquels il y a eu rotation du pied en dedans. Dans la première de ces pièces, la fracture extra-capsulaire est oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors; une grande partie du grand trochanter se trouve comprise dans le fragment cotyloïdien. Dans la deuxième pièce, la

fracture est fort ancienne, il y a destruction complète du col; le fragment cotyloïdien est réduit à une coque osseuse. Au-dessous du grand trochanter existe une solution de continuité qui paraît avoir été opérée pendant la préparation de la pièce, car les fragments sont à arêtes vives qui s'engrènent avec exactitude, et il n'y a aucune trace de travail de réunion.

M. Chassaignac ne voit rien de convaincant dans ces pièces. Le premier cas est évidemment en faveur de l'opinion qu'il a citée : seulement le petit et moyen fessier étant attachés au fragment iliaque, la rotation en dedans a pu être opérée par le muscle du fascia-lata. Quant à la seconde pièce, elle est dans un tel état de délabrement qu'il est impossible d'en rien conclure de certain. Il pense donc que l'opinion de M. Mercier a besoin d'être étayée d'autres preuves.

8. M. Michon présente avec M. Andral un cas de destruction des surfaces de l'articulation scapulo-humérale des deux côtés. La tête de l'humérus n'existe plus; elle est remplacée par une surface aplatie, présentant à nu le tissu osseux, qui est ramolli, rouge, infiltré par un liquide couleur lie de vin. La surface glénoïdale a subi une semblable altération; les deux surfaces sont unies par des brides celluluses.

9. M. Maisonneuve présente une ankylose de l'articulation ilio-fémorale dans laquelle il y a fusion complète de la tête du fémur avec l'os des iles. Cette pièce provient d'un sujet âgé. Il y a hypertrophie des cellules du tissu réticulaire des deux os.

10. M. Nelaton présente un pied sur lequel on remarque : 1° une fracture siégeant à la malléole péronéale; le plan de cette fracture offre une triple obliquité en bas, en dedans et en avant; de telle sorte que la portion de cette malléole, qui concourt à former la mortaise tibiale, est restée entière et termine le fragment supérieur, tandis que le fragment inférieur, formé seulement par la partie postérieure et externe de cette épiphyse, est pour ainsi dire suspendue à l'extrémité des deux ligaments latéraux externes (*péronéo-calcanien, péronéo-astragalien postérieur*).

M. Nelaton fait observer que, dans une semblable fracture, les indications thérapeutiques seraient directement inverses de celles que présentent les fractures ordinaires du péroné.

25. On observe encore sur la même pièce une luxation de l'astragale, que l'on peut désigner sous le nom de luxation incomplète, en ce sens que l'os n'est pas luxé dans toutes ses articulations, comme dans les luxations proprement dites de l'astragale; il ne l'est que par rapport au scaphoïde et au calcaneum, mais il a conservé ses rapports normaux avec les os de la jambe. En se déplaçant, l'os s'est porté vers la partie interne du pied, puis ensuite en avant; de sorte que sa tête repose sur la face interne du scaphoïde, la rainure de son col reçoit le bord tranchant du même os, qui entoure la fosse scaphoïdienne; son angle postérieur s'est enfoncé dans l'excavation que présente la face supérieure du calcaneum.

Plusieurs ligaments ont été rompus : 1° le ligament latéral interne; cette rupture est bornée à la portion ligamenteuse qui s'étend de l'astragale à la

petite apophyse du calcanéum, la portion supérieure étant intacte; 2° le ligament astragalo-calcanien ou inter-osseux : ce ligament est déchiré complètement; quelques-unes de ses fibres ont arraché quelques parcelles osseuses sur lesquelles elles s'inséraient; 3° le ligament astragalo-scaphoïdien est également déchiré; 4° le ligament calcanéo-cuboidien supérieur présente plusieurs éraillures qui semblent indiquer qu'il a été soumis à une violente distension.

11. M. *Chassaignac* présente l'astragale d'un sujet rachitique dont les membres inférieurs avaient été déformés par la maladie. Il y a torsion de l'astragale en dedans, élargissement de sa poulie en avant et aplatissement de cette poulie d'avant en arrière. A sa partie interne et postérieure existent deux corps cartilagineux du volume d'un pois, lisses, logés dans une espèce de cupule formée aux dépens de la surface articulaire, et revêtue d'une couche de cartilage d'un aspect lisse et poli. Ces deux corps, logés dans cet enfoncement, ne formaient aucune saillie; et leur surface, parfaitement lisse, continuait la surface articulaire de manière probablement à n'apporter aucune gêne dans les mouvements du pied.

12. M. *Laborie* présente une tumeur adipeuse, du volume d'une olive, adhérente par son extrémité inférieure au corps calleux et par sa partie supérieure à la faux cérébrale, à laquelle elle est unie par des vaisseaux volumineux. Une plaque osseuse existe dans la faux cérébrale. Aucun symptôme n'avait annoncé cette altération.

M. *Cruveilhier* rappelle qu'il a présenté à la Société une semblable tumeur qui comprimait la glande pituitaire.

13. M. *Maisonneuve* présente une masse tuberculeuse, du volume d'une grosse noix, laquelle siégeait au centre de la couche optique du côté gauche; elle n'était recouverte que par une couche mince de substance blanche. Il l'a trouvée chez un homme de trente-neuf ans qui depuis trois ans offrait une paralysie du côté droit. Le bras de ce côté avait perdu complètement la sensibilité et le mouvement, tandis que la jambe avait conservé la sensibilité et la mobilité à un très-faible degré; il y avait aussi paralysie de la langue : l'intelligence était des plus obtuses. Ce sujet a succombé à l'ouverture d'un abcès par congestion dû à une carie de la partie antérieure de la symphyse pubienne. Le pus avait fusé entre le premier et second adducteur du côté droit, et s'était fait jour à la partie interne et supérieure de la cuisse.

14. M. *Sonnié-Moret* montre l'œil d'un homme qui avait perdu la vue par suite d'un coup de couteau reçu dans le globe oculaire il y a vingt ans environ. L'œil est réduit à un moignon froncé; on trouve des traces de toutes les parties constitutives de l'œil, excepté du cristallin et de l'iris. Le fond du globe oculaire est occupé par une membrane concave en avant et manifestement osseuse. M. *Sonnié-Moret* est porté à penser que c'est la rétine qui a subi cette altération; et, pour appuyer son opinion, il présente les yeux d'un sujet aveugle depuis long-temps, et qui offrent au fond de l'œil, en dedans de la choroïde, une membrane cartilagineuse percée à son fond par un corps mollassé.

M. Cruveilhier pense que ces ossifications, que l'on a décrites comme siégeant dans la rétine, occupent la membrane hyaloïde, et il se fonde surtout sur ce que quelquefois il a trouvé que la partie ossifiée présentait des cloisons fort distinctes. M. Sonnié-Moret n'ayant pu constater l'état du chiasma des nerfs optiques sur le malade, qui n'avait perdu qu'un seul œil, M. Cruveilhier dit avoir constaté plusieurs fois que l'atrophie d'un seul œil entraîne l'atrophie des deux parties de l'entrecroisement et des deux nerfs derrière cet entrecroisement. Il voit dans ce fait une confirmation de l'opinion qui admet un entrelacement des fibres des deux nerfs.

15. M. Nivet présente un cas d'augmentation de volume de l'artère thyroïdienne supérieure du côté droit chez un sujet affecté d'hypertrophie du corps thyroïde. L'artère, placée en dehors du muscle sterno-thyroïdien, offre le volume d'une grosse plume d'oie. M. Nivet dit qu'il y avait absence de l'artère thyroïdienne inférieure de ce côté. Le corps thyroïde, très-volumineux, contenait quelques petits kystes remplis d'un liquide gélatineux. Pendant la vie la tumeur était le siège de battements manifestes. La trachée-artère est comprimée d'avant en arrière et présente son grand diamètre transversalement.

16. M. Balme-Dugarray présente les voies aériennes d'une petite fille de huit ans affectée de croup. L'opération fut pratiquée trois jours après le début de la maladie. L'enfant n'y survécut que trente-six heures environ. Le larynx, la trachée et les bronches jusque dans leurs petites divisions sont tapissées par une fausse membrane, formant des tubes réguliers, non adhérents à la muqueuse sous-jacente.

M. Lediberder demande s'il n'existe pas une seconde fausse membrane entre celle que l'on voit et la muqueuse. Dans un cas qu'il a vu, il y avait deux tubes membraneux superposés. M. Lediberder en conclut que dans ces cas il faut agir avec beaucoup d'énergie, puisque l'action des topiques mis en usage ne se fait sentir à la muqueuse qu'à travers un corps étranger.

M. Taupin fait remarquer que pour s'assurer s'il n'existe pas une seconde couche membraneuse, il faudrait faire macérer la pièce, sans cela on s'expose à méconnaître la présence de la deuxième couche pseudo-membraneuse. Dernièrement, dans un cas où une inspection minutieuse n'avait fait reconnaître qu'une seule couche membraneuse, la macération en démontra une seconde.

M. Guérard demande si on a rencontré quelquefois des fausses membranes feuilletées.

M. Maisonneuve a eu occasion de voir, chez une femme qui s'était empoisonnée avec de l'acide nitrique, l'œsophage occupé par une fausse membrane qui se séparait facilement en plusieurs couches bien distinctes. C'est le seul cas de ce genre qu'il ait observé.

17. M. Leguey présente un cas de foyer gangréneux du diaphragme. Il siégeait à peu près au centre du muscle et était de l'étendue de la paume de la main. La matière qui le constituait est pulpeuse, d'une couleur brune noirâtre, d'une odeur des plus fétides. Il y avait épanchement pleurétique.

Le péricarde offre des traces d'inflammation. Des fausses membranes, inégales, mamelonnées, occupent ses deux feuillets. Il existait dans sa cavité une notable quantité de liquide floconneux. Pendant la vie on avait noté des battements tumultueux du cœur, de la petitesse du poulx, de l'anxiété. Il existe aussi des cicatrices fibreuses vers la fin de l'intestin grêle. Enfin, le même sujet offrait un abcès du pancréas et plusieurs tubercules du volume d'une petite noix dans le cervelet. Des tubercules existaient également dans les poumons et dans le foie.

Le 25 avril M. Valleix a été nommé membre titulaire de la Société.

Ont été nommés membres adjoints : MM. Leguey et Lafont le 2 avril ; Gariel le 9 avril ; Balme-Dugarray et Stanski le 16 avril.

Du développement des os du Crâne après la naissance. — Mémoire présenté par M. VALLEIX, D. M. P., membre titulaire de la Société.

(Lu à la séance du 9 avril 1835.)

Le but que je me propose dans ce mémoire est de rechercher par quel moyen le crâne parvient à son dernier degré d'ossification. Quelque spécial que paraisse ce sujet, il m'entraînera dans des considérations plus générales, et je me verrai forcé dans la discussion à dire un mot non-seulement du développement primitif des os formant la voûte du crâne, mais de l'ossification elle-même dans son essence.

Avant d'entrer en matière j'exposerai l'état de la science sur l'objet particulier de ce travail. Tous les anatomistes s'accordent à dire que les os qui constituent la voûte du crâne sont à la naissance très-minces, formés de rayons partant du centre et divergeant vers la circonférence. Quelques-uns ont noté avec soin la disposition des vaisseaux qui pénètrent ces parties et qui sont couchés à l'extérieur dans les enfoncements produits par les écartements des rayons osseux ; enfin c'est une opinion générale qu'il n'y a pas de diploé.

Tous ces faits sont exacts. Dans une précédente séance j'ai montré des têtes de fœtus sur lesquelles cette disposition était évidente; j'ai en outre fait voir combien ces os étaient vasculaires et avec quelle facilité ils laissaient suinter le sang du fond des cannelures qui séparent leurs rayons et où sont logés les vaisseaux; j'ai dit que M. P. Dubois avait très-bien décrit cet état; mais la connaissance de ces faits est très-ancienne; Haller les a consignés dans sa physiologie et les a décrits avec une précision et une exactitude admirables. *Nudato osse, dit-il, inter sulcos et poros ejus, innumerabilia apparent vascula, rubra fere, ut pluviam sanguineam referant.* Bœhmer, Duhamel, Fougereux, avaient déjà fait les mêmes observations.

Haller, qui avait examiné au microscope le développement des os du poulet, avait vu apparaître d'abord dans le point central d'ossification un réseau vasculaire d'où partaient des rameaux divergents, autour desquels se produisaient les fibres osseuses. On voit après la naissance, et sans avoir besoin du secours de l'injection, ce réseau vasculaire; il suffit de placer un pariétal entre la lumière et l'œil. L'état des os à la naissance est donc bien connu; mais comment parvient-il à l'état où nous le voyons chez l'adulte? Comment à une seule table, pénétrée de mille vaisseaux, succèdent deux tables compactes et séparées par un diploé? Cette question a été traitée très-superficiellement par quelques anatomistes, tout-à-fait négligée par la plupart des autres.

Trois opinions ont été émises, je vais les examiner. Boyer, dans son *Ostéologie*, après avoir noté que les os du crâne manquent de diploé chez l'enfant naissant, ajoute: « Plus tard les deux lames, d'abord réunies, se séparent, et le diploé se forme. » Aucune preuve, aucune expérience n'est fournie à l'appui de cette proposition.

Les objections sont ici nombreuses et puissantes :
1°. Cette explication n'est pas conforme aux lois de l'ossification. Partout en effet, au milieu d'une substance soit mu-

queuse, soit cartilagineuse, vous voyez se développer un tissu spongieux extrêmement vasculaire, qui se revêt ensuite de substance compacte ; celle-ci est donc formée consécutivement ; et en aucun cas, sauf dans l'état de maladie, il ne se développe de tissu spongieux dans la substance compacte ; les physiologistes même pensent que cette substance ne peut se former sans oblitérer les vaisseaux aux dépens desquels elle est produite. Dans l'hypothèse que j'ai citée, au contraire, deux lames de substance compacte seraient fournies primitivement sans avoir de tissu spongieux à recouvrir, et les vaisseaux, loin d'y être oblitérés, prendraient au milieu d'elle leur accroissement.

2°. On conviendra que si les deux lames existent d'abord et s'écartent pour faire place au diploë, la lame externe dédoublement de l'interne devra avoir une organisation semblable, aussi avancée que cette dernière, et conserver au moins pendant quelque temps la disposition rayonnée qu'elle offre à sa surface. Rien de tout cela : au bout de quelque temps la disposition rayonnée a disparu ; dans un grand nombre de points un tissu rougeâtre, mou, très-vasculaire, recouvre une grande partie de l'os, qui, étant coupé suivant son épaisseur, laisse voir une couche organisée, semblable à un tissu cellulaire pénétré d'une multitude de vaisseaux, étendue au-dessus d'une lame compacte, dure, cassante et conservant à l'intérieur la forme rayonnée. Au bout d'un temps plus ou moins long (car j'ai vu la disposition précédente exister chez un enfant de sept mois) une lame de substance compacte, lisse, d'abord molle et durcissant par degrés, se forme à la surface de ce tissu vasculaire, et constitue la table externe. — Les fibres rayonnées ne paraissent plus, et quand l'ossification est terminée l'os est à l'extérieur d'un poli remarquable ; on voit à travers cette lame transparente les vaisseaux ramifiés à l'infini et suivant toute espèce de directions. Ainsi donc il s'est formé au-dessus d'une lame compacte un développement

vasculaire très-considérable, dont la surface s'est condensée et a produit une table externe de nouvelle formation.

3°. Pour donner le dernier coup à l'opinion que je combats il me suffira de citer les faits suivants, à l'appui desquels j'ai présenté à la Société des pièces anatomiques. Chez l'enfant de sept mois que j'ai déjà cité, je fus surpris de voir une couche de tissu excessivement vasculaire, qui laissait couler en abondance le sang à la moindre incision, ayant une forme aréolaire et couvrant exactement les deux pariétaux, excepté une portion ovale de la bosse, où l'ossification était fort avancée, et où l'on voyait une table externe lisse et polie, recouvrant un diploé. Mais ce qui est bien plus remarquable, c'est que cette couche de substance vasculaire s'élevait au-dessus du niveau de la bosse pariétale; de telle sorte qu'elle formait une saillie circulaire très-sensible, qui entourait cette éminence et la faisait paraître déprimée. Au reste, il n'existait pas du tout de table externe; on pénétrait dans cette substance vasculaire avec la plus grande facilité; elle était lisse à sa surface. Le coronal offrait la même disposition : la couche cellulo-vasculaire, très-épaisse, occupait toute la partie supérieure de l'os à partir de la bosse (1). Peu de temps après j'examinai le crâne d'un enfant de quinze mois, et je vis un état absolument semblable, si ce n'est que l'os était entièrement consolidé; c'est-à-dire que la bosse pariétale était également entourée d'un bord saillant, d'où partait une surface lisse et polie, formée par une substance compacte, transparente et dure, à travers laquelle on voyait les vaisseaux nombreux du diploé. C'était absolument le même aspect, on voyait que l'état était le même : toute la différence consistait dans le degré d'ossification, qui était beaucoup plus avancé.

(1) Depuis l'époque où ces lignes ont été écrites, j'ai trouvé deux nouveaux cas tout-à-fait semblables.

Enfin, sur le crâne d'un enfant d'un an, scrofuleux, à tête volumineuse, je vis que l'ossification était fort retardée : quelques points des os étaient minces, transparents, sans diploé ; d'autres formaient de véritables bosses saillantes, rouges, et l'on y trouvait à la partie inférieure la table interne dure, cassante, ayant ses caractères physiques, et recouverte d'un tissu absolument semblable à celui dont je viens de parler.

N'est-il pas évident que s'il n'y avait dans les progrès d'ossification du crâne que dédoublement des deux lames, l'externe aurait partout une surface continue, sans saillie et un même degré d'ossification ? L'hypothèse du dédoublement de deux lames compactes préexistantes, pour faire place au diploé, me paraît donc inadmissible.

La seconde opinion que je vais examiner a été émise par Béclard dans son *Anatomie Générale*, quoiqu'elle n'y soit pas précisément appliquée aux os qui nous occupent. « L'accroissement (1) en épaisseur, dit-il, a lieu dans tous les os par un même procédé ; le périoste très-vasculaire sécrète et dépose entre ses fibres, à la surface de l'os, de la substance osseuse, muqueuse d'abord, puis dure, qui, s'ajoutant ainsi successivement à la surface, augmente l'épaisseur de l'os. »

Cette manière de voir n'est pas nouvelle : Malpighi (2) et surtout Duhamel (3) avaient multiplié les expériences pour la faire adopter. Les faits cités par ce dernier observateur sont connus de tout le monde. Si Haller n'y avait pas répondu d'une manière victorieuse, ce que l'observation démontre sur les os du crâne après la naissance suffirait pour ruiner toute la théorie fondée sur ces expériences.

En effet, qu'on examine un os de la voûte du crâne, le

(1) *Anat. Génér.*, p. 469.

(2) *Anat. Plant.*

(3) *Mém. de l'Acad. des Sciences*, ann. 1741 et suiv.

pariétal par exemple, on voit qu'au milieu de sa face interne, dans la fosse, une ou plusieurs branches de l'artère méningée viennent fournir un grand nombre de ramifications. Si on décolle lentement la dure-mère, surtout après une injection bien faite, on voit manifestement de petits vaisseaux qui partent en grand nombre du niveau de cette membrane, et pénètrent dans l'os au milieu de la bosse pariétale; ces vaisseaux sont très-déliés et se rompent avec la plus grande facilité; la fosse pariétale est criblée de trous qui s'ouvrent obliquement à sa surface pour les recevoir. Dans les autres parties de l'os, les branches de l'artère méningée envoient encore d'autres rameaux, mais c'est surtout au centre qu'ils sont abondants. Parvenus dans l'os, ils forment un lacis, à mailles très-serrées, qu'on distingue très-bien en regardant l'os par transparence. De ce lacis partent les vaisseaux divergents, dont le nombre est infini. Si l'on regarde l'os par sa face externe, on voit au niveau de la bosse pariétale une multitude de petits trous, formés par les vaisseaux qui sortent de l'os et qui n'ont eu qu'à le traverser directement; dans un cercle plus étendu ces vaisseaux émergents deviennent plus obliques et placés entre les fibres rayonnées; enfin plus loin ils sont presque entièrement couchés entre ces fibres. Cette excessive vascularité de l'os, due aux vaisseaux méningés, est très-remarquable, surtout si on la compare à celle du périoste, qui est infiniment moindre et offre une disposition tout-à-fait variable. Haller, qui avait observé un grand nombre de ces faits, s'en servit avec avantage contre Duhamel et ses partisans; il l'eût fait avec plus de succès encore s'il eût vu, après la naissance, ces mêmes vaisseaux émergents des os se développer et former un tissu spongieux que l'ossification envahit ensuite; tandis que le périoste conserve son état primitif et se détache encore avec facilité de ce tissu nouveau.

Mais l'objection la plus puissante est celle de l'ossification commençant par le centre. Comment concevoir en

effet qu'une membrane comme le périoste, uniforme et ayant à peu près la même vascularité partout, déposera de préférence la matière osseuse dans un point plutôt que dans un autre? Ce n'est pas tout : quelques jours après la naissance la bosse pariétale est plus épaisse que le reste de l'os, elle a deux lames et un diploë; le périoste a donc sécrété sa substance osseuse seulement dans ce point; pourquoi cette singularité? Allons plus loin : au bout d'un certain temps, cette bosse pariétale restant la même, tout le reste de l'os s'épaissit; sa surface, après avoir présenté l'état cellulovasculaire, s'ossifie, et il est plus épais à la circonférence qu'au centre. Pourquoi ce changement? N'est-il pas évident que si l'os est formé par des couches successives produites par le périoste, l'os aura partout la même épaisseur, que sa surface sera partout de niveau, et que l'ossification sera la même dans un point que dans l'autre? Cette dernière objection est si forte que Fougereux, neveu et ardent défenseur de Duhamel, s'est vu réduit à dire que la théorie de ce savant n'est pas aussi applicable à la formation primitive des os qu'à leur développement ultérieur. Béclard de son côté, malgré son esprit sévère, a été conduit à l'étrange éclectisme d'adopter l'opinion de Haller pour la formation osseuse, et d'attribuer ensuite au périoste la production des diverses couches dont les os sont composés.

L'expérience la plus séduisante de Duhamel, et qui lui fit le plus de partisans, est celle de la coloration des couches osseuses par la garance; mais observez que Duhamel agissait sur de très-jeunes animaux, qu'à cette époque leurs os sont encore très-vasculaires, que l'ossification n'est pas terminée, que la couche extérieure est presque molle; qu'elle laisse suinter du sang quand on en sépare le périoste, que le développement de tissu vasculaire, semblable à celui que j'ai décrit plus haut, est possible; et par suite qu'il peut y avoir formation de matière osseuse à la surface; c'est ce que j'ai remarqué dans des cas de céphalématome où le pé-

rioste était séparé de l'os par une grande quantité de sang, et n'avait pas pu par conséquent produire les végétations osseuses qui s'étaient développées sur le pariétal; c'est aussi ce qu'on a vu quand, le périoste étant enlevé, des végétations osseuses ont paru sur la partie de l'os dénudé. Or on conçoit que plusieurs couches puissent être ainsi produites et donnent lieu aux phénomènes observés dans les expériences de Duhamel.

Il me reste à dire un mot des observations de Troja. Cet expérimentateur détruisait la membrane médullaire d'un os long, et voyait au bout d'un certain temps un os nouveau, produit par le périoste, qui, sans être enflammé, présentait néanmoins des vaisseaux *plus nombreux et plus développés*. Ces expériences ne sauraient prouver autre chose que les ressources de l'organisme; elles nous font voir que lorsque l'os ne peut pas se produire par la voie ordinaire, le périoste peut y suppléer. Des faits analogues ne sont pas rares dans l'économie. Mais il est digne de remarque que pour remplir ses nouvelles fonctions il faut que le périoste devienne sensiblement plus vasculaire; pourquoi cette particularité, s'il était auparavant si bien organisé pour produire les os? C'est que l'organisme obéit ici à la loi générale, qui veut que l'augmentation de la vascularité précède partout la formation osseuse; nouvelle preuve que l'ossification se fait par le développement des vaisseaux dont ces os sont pleins dans le jeune âge.

Je crois donc pouvoir avancer que l'accroissement en épaisseur dans les os du crâne après la naissance, et par suite que la production du diploé et de la lame externe, se font sans le concours du péri-crâne.

Il ne me reste plus qu'à combattre une troisième opinion, c'est celle de Haller lui-même. Dans son chapitre sur la formation des os (1) on trouve deux choses, les expérien-

(1) *Éléments de Physiol.*, t. 8, p. 209 et suiv.

ces qu'il a faites et les opinions qu'il a puisées dans les auteurs; les premières sont tout-à-fait concluantes, et j'ai vu avec satisfaction que mes recherches sur les enfants nouveau-nés étaient tout-à-fait d'accord avec ces expériences. Ainsi la disposition des vaisseaux et des fibres est parfaitement décrite. C'est en vain que Scarpa (1) et après lui quelques physiologistes ont prétendu que ces fibres n'existent pas dans les os du crâne : elles sont évidentes, et suivent bien exactement la trace des vaisseaux. Veut-on s'en convaincre? On n'a qu'à couper un os perpendiculairement à ces fibres, on voit une multitude de petits points arrondis, séparés par le calibre des vaisseaux, qui laissent écouler le sang à la moindre pression : ces points sont formés par la coupe des fibres. Divisez au contraire l'os suivant la direction de ces fibres, à peine voyez-vous le calibre de quelques vaisseaux coupés obliquement, et vous trouvez des lignes qui parcourent presque parallèlement la surface de la section. Que Scarpa, par des recherches microscopiques, ait cru voir des cellules même dans ces fibres, cela ne prouve rien; car, en admettant cette manière de raisonner, il n'y aurait plus dans toute l'économie que la trame celluleuse, puisque par la pensée on peut y réduire toute partie organisée. Jusque là Haller est dans la vérité, sans doute parce qu'il a vu par lui-même; mais quand il s'agit de l'accroissement après la naissance, il cite des auteurs et non ses propres expériences, et dès lors les faits nombreux que j'ai observés contredisent ses assertions.

Ainsi, se fondant sur les écrits de Gagliardi, Böhmer, Foucheroux, il dit qu'après avoir formé le noyau osseux du centre, les vaisseaux se dirigent en divergeant vers la circonférence, les plus profonds parcourent l'étendue de l'os ;

(1) *De Penit. Oss. Struct.*

puis, à mesure qu'ils deviennent superficiels, ils sont plus courts; de sorte que les fibres osseuses qu'ils ont produites, se trouvant aussi plus courtes, paraissent former des membranes imbriquées et à bords frangés, d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche davantage du centre. Cet état existe il est vrai ordinairement au moment de la naissance, et les bords sont excessivement minces. Mais Haller ajoute, «les couches superficielles, formées de fibres rayonnées, augmentent peu à peu jusqu'à ce qu'elles aient recouvert toute l'étendue de l'os, qui a acquis alors son épaisseur. S'il en était ainsi, les couches superficielles continuant à s'étendre par l'allongement de leurs fibres, la disposition fibreuse devrait se voir au moins jusqu'au moment où l'os est entièrement formé, et on devrait surtout la rencontrer vers la circonférence, dans les points où la lame externe n'a pas eu encore le temps de devenir compacte et lisse. Il n'en est rien. Par un mouvement nouveau d'organisation, les vaisseaux rampants à la surface de l'os donnent naissance ordinairement à une substance rougeâtre, molle, d'autant plus épaisse qu'on s'approche davantage des sutures, dans laquelle les extrémités de ces vaisseaux se ramifient en divers sens; qui n'offre plus de trace de fibres rayonnées, et qui se condense bientôt à la surface, de manière à former la table externe compacte. Il n'est pas rare de trouver un tissu vasculaire d'une demi-ligne d'épaisseur dans tous les points où les vaisseaux pouvaient encore sortir de l'os, et alors ce développement est bien plus évident. C'est ce que j'ai fait voir sur les os du crâne de l'enfant de sept mois que j'ai déjà cité et sur d'autres pièces. J'ai rencontré il est vrai plusieurs os sur lesquels le développement avait paru se faire de la manière décrite par Haller, à une assez grande distance du centre osseux : alors l'os avait conservé dans ce point son aspect rayonné; mais vers les sutures il est extrêmement rare qu'il en soit ainsi; ce qui tient peut-être à ce que, l'ossification étant beaucoup moins avancée dans ce

point, les efforts pour la terminer deviennent beaucoup plus considérables, et qu'ils sont favorisés par la disposition de l'artère méningée, dont les branches se terminent vers les sutures et envoient dans ces points un grand nombre de rameaux à l'os.

Quant au développement du diploë, l'opinion de Haller est fondée sur une assertion d'Albinus; il dit : « Est tamen, ubi ex fibræ in crassitiem quamdam subcartilagineam colliguntur, quo os socium respiciunt, id initum est diploes, sive textus alveolaris ossis plani, qui sensim inter laminas nascitur. »

Au premier coup d'œil jeté sur un pariétal d'enfant nouveau-né on reconnaît l'erreur de Haller; en effet, avant que les os se soient rencontrés, lorsque les sutures sont encore très-larges, quand les lames superficielles sont fort loin de la circonférence, le diploë existe dans la bosse pariétale; il y est assez développé et recouvert d'une table externe, compacte et très-dure.

Je ne parlerai pas de la formation du diploë par la dilatation des artères : cette explication, que Haller avait empruntée à Boërhaave, est généralement abandonnée, et un léger examen suffit pour faire voir que les artères ne sont pas plus dilatées quand le diploë est formé. Après son développement c'est plutôt la trame veineuse qui prédomine, comme l'ont prouvé les dissections récentes.

Je crois devoir, pour terminer, donner un résumé des différentes observations qui m'appartiennent, et dont j'ai cité une bonne partie dans cette discussion. Les conséquences en découleront naturellement.

Les vaisseaux qui pénètrent dans le centre des os plats du crâne en se ramifiant forment un réseau, autour duquel se produit une lame osseuse qui les tapisse inférieurement; c'est la table interne : au-dessus de cette table les ramifications vasculaires continuent à s'accroître, le réseau augmente, et lorsqu'il s'est ramifié à l'infini dans une certaine épais-

seur, une couche de substance compacte formée à ses dépens le recouvre. On peut voir les traces récentes de cette organisation sur une tête de veau, même à l'âge où on tue ces animaux pour les besoins domestiques. Les couches diverses étant beaucoup plus épaisses, les différences sont plus tranchées. On y voit une table interne extrêmement dure et présentant tous les caractères qu'elle doit avoir pendant tout le reste de la vie. Au-dessus se trouve un diploé à cellules peu développées, très-vasculaire, et tout-à-fait à l'extérieur une couche de substance blanche, facile à couper avec le scalpel, de consistance demi-cartilagineuse seulement, et présentant une multitude de petites aréoles beaucoup moins développées que celles du diploé, mais offrant une disposition semblable; de telle sorte que sur les limites des deux couches les différences sont très-peu sensibles. Si ce développement a eu lieu graduellement, comme dans la bosse pariétale et dans les environs, la substance osseuse se déposant autour des vaisseaux rayonnés, l'os paraîtra fibreux, excepté toutefois sur la bosse pariétale même, où, les vaisseaux pariétaux ne faisant que traverser l'os, il n'existe qu'un simple pointillé; enfin, l'extrémité la plus déliée de ces vaisseaux se perdant dans une substance comme muqueuse et rougeâtre qui remplit les enfoncements, l'ossification les atteindra, et la table externe acquerra l'aspect lisse et poli qu'elle doit conserver par la suite. En se rapprochant de la circonférence, on voit qu'après la naissance le travail y est très-actif; cette substance molle et rougeâtre dont je viens de parler y forme une couche souvent très-épaisse, qui s'organise rapidement, et dont la partie la plus superficielle durcit et forme la lame compacte. Cet effet peut être augmenté par la pression qu'a subie le crâne dans certains points pendant l'accouchement, lorsqu'une rosée sanguine a suinté des os. Dans ces points une couche cellulo-vasculaire épaisse se forme, et l'ossification y suit la marche que j'ai indiquée. Enfin, lorsque dans cer-

taines circonstances le travail d'organisation devient très-actif, dans tous les points où la face extérieurement de l'os laisse encore voir à nu les vaisseaux qui viennent de son intérieur, une couche très-vasculaire et très-épaisse se montre; le centre de l'os compacte, dur et ne laissant pas sortir de vaisseaux, ne subit pas de changements et paraît déprimé. Si l'on examine un os dans lequel les choses se sont passées ainsi et qui est parvenu à son dernier degré de dureté, on voit que la bosse est restée au-dessous des parties environnantes, et qu'une lame de substance compacte s'est formée à la superficie de la couche vasculaire, dans laquelle des cellules développées forment le diploé. J'ai fait voir que ce travail pouvait n'avoir lieu que dans des points limités, et former des bosses isolées, quelquefois saillantes.

Je répondrai à ceux qui croiraient encore que le périoste a quelque part à ce travail, qu'il n'a jamais lieu que dans les points où des vaisseaux fournis par les artères internes sortent encore de l'os et peuvent donner naissance au tissu vasculaire.

Je ferai en outre remarquer combien cette explication est en harmonie avec le mode général d'ossification. Elle est confirmée encore par un travail fort intéressant de M. Bérard jeune, travail lu à l'Académie des Sciences, inséré dans les *Archives de Médecine* de 1835, et dans lequel l'auteur a fait connaître des particularités très-curieuses sur l'influence de la direction de l'artère nourricière dans le développement des os longs. Nous voyons en effet dans les points où pénètrent les artères nourricières des os se former un noyau de substance spongieuse qui s'agrandit en suivant le développement vasculaire; et quand il a atteint les dimensions qu'il doit conserver, il se recouvre d'une couche compacte qui augmente en épaisseur, non pas par un accroissement extérieur, comme cela aurait lieu si des couches successives y étaient déposées par le périoste, mais de la circonférence au centre; de manière que dans le centre de l'os le diploé pa-

rait avoir été envahi par la substance compacte. Dans les os du crâne, le premier point osseux se forme également autour des vaisseaux, il s'étend en surface en les suivant; et, comme ils sont parvenus à leur entier développement du côté de la dure-mère, sur laquelle ils rampent, ils se recouvrent à l'intérieur d'une lame compacte, c'est la lame interne; mais ils continuent à faire des progrès à l'extérieur, et au-dessus de cette lame interne ils forment un tissu spongieux, qui, résultant d'une division moins régulière, perd la texture fibreuse à mesure qu'on s'avance vers l'extérieur, et se recouvre enfin de substance compacte lorsque, de même que dans les autres os, son développement est fini. Le diploë situé entre ces lames compactes est d'abord très-fin, à peine a-t-il des cellules; il ne paraît composé que de vaisseaux; mais ces cellules augmentent, comme dans les autres os, dans lesquels se forment des canaux médullaires et des sinus, sans qu'il soit besoin d'en chercher la cause dans la dilatation et le battement des artères.

On se convaincra de ce qui précède si l'on coupe en différents sens un os du crâne chez un très-jeune enfant. Dans les points où l'ossification est terminée on trouve les deux tables et le diploë; plus loin on voit la table externe se continuer avec une substance peu consistante, parcourue par les vaisseaux et recouvrant la table interne; celle-ci est aussi dure que dans le point primitif d'ossification, et conserve la texture rayonnée. On pourra sur d'autres points voir le passage de ce dernier état au premier, c'est à dire qu'une couche très-mince et encore très-peu consistante de substance moins vasculaire paraîtra à l'extérieur de l'os, et par gradations insensibles on la verra augmenter d'épaisseur et de dureté. Dans les cas où il se sera produit un travail très-considérable et très-rapide d'organisation à la surface extérieure de la table interne, ces faits seront bien plus évidents.

On a déjà exposé à la Société les conséquences qu'on

pouvait tirer de l'état des os du crâne et de leur facilité à laisser couler le sang dans les cas d'ecchymose et de tumeur sanguine sous-péricrânienne. On s'explique très-bien aussi par cet état le peu de danger de la dénudation des os dans les blessures du crâne chez les nouveau-nés ; la vitalité de leur surface les préserve de la mortification ; ils se recouvrent d'une substance d'abord gélatineuse, puis vasculaire et offrant l'apparence des bourgeons charnus, qui fournit au cuir chevelu la base d'une cicatrice solide. J'ai observé plusieurs fois ce phénomène.

Outre les nombreuses applications que j'ai faites des cas particuliers observés par moi à l'organisation générale des os, il en est une que je ne crois pas devoir négliger, c'est que dans mes nombreuses observations je n'ai jamais vu le tissu cellulo-vasculaire passer par l'état cartilagineux avant de s'ossifier. Il est vrai que, même lorsqu'il présentait déjà l'aspect qu'il devait avoir après sa solidification, on pouvait l'inciser avec facilité ; mais les autres caractères du cartilage n'y existaient pas. Un trop grand nombre d'auteurs ont signalé des faits semblables, pour que j'insiste sur ce point.

Le développement vasculaire considérable qui se fait vers les sutures et précède l'ossification, rend compte de la plus grande épaisseur de ces parties du crâne chez l'adulte.

Enfin la possibilité du développement de bosses isolées à la surface des os, montre combien ont eu raison ceux qui ont opposé aux crâniologistes le défaut de parallélisme dans les lames des os du crâne.

Fracture du Crâne. Épanchement de sang à la base. Kyste de l'arachnoïde. Observation recueillie par M. LEBLANC, interne à l'hôpital de la Pitié.

(Lue dans la séance du 7 mai 1835.)

Gaubert (Antoine), âgé de soixante-neuf ans, d'une bonne

constitution, imprimeur, fut trouvé le 15 avril, à dix heures du matin, presque sans connaissance, et apporté de suite à la Pitié. Examiné deux heures après son entrée à l'hôpital, il présentait les phénomènes suivants : décubitus sur le dos, état comateux, respiration lente et embarrassée, face couverte de sang (lequel provenait évidemment des fosses nasales), large ecchymosé avec tuméfaction comprenant les paupières des deux côtés, la moitié inférieure du front et la tempe gauche. Du reste aucune plaie extérieure ni aucune trace de contusion sur tout le reste de la tête. Conjonctive oculaire fortement infiltrée de sang du côté gauche seulement. Pupilles contractiles des deux côtés, dilatation plus considérable à droite qu'à gauche, langue déviée à droite, émission involontaire des urines. Il n'y avait paralysie ni du mouvement ni du sentiment; mais les avant-bras, fléchis contre la poitrine, ne pouvaient être ramenés à l'extension sans employer quelques efforts et sans faire pousser quelques sourds gémissements au malade. La peau était chaude, le pouls plein, dur et fréquent. Une saignée de quatre palettes fut immédiatement pratiquée. On mit des sinapismes aux jambes. Le soir, le malade était à peu près dans le même état, à l'exception du pouls, qui présentait un peu moins de fréquence et de dureté. Il passa la nuit dans un profond assoupissement. Le lendemain matin je trouvai qu'il y avait paralysie complète de toute la moitié gauche du corps. La respiration était stertoreuse, le malade *fumait la pipe*, comme on dit ordinairement. Il y avait pâleur de la face, aplatissement de la joue gauche, déviation de la bouche du côté opposé. Les pupilles étaient restées contractiles, le pouls offrait plus de fréquence que la veille. Le malade paraissait sous l'influence d'une compression du cerveau. Saignée de trois palettes, application de glace sur la tête. Le soir, même état, vingt sangsues derrière chaque apophyse mastoïde. Le lendemain matin j'appris que le malade avait eu pendant la nuit un délire tranquille. La paralysie avait en partie dis-

paru ; toutefois l'aplatissement du côté gauche de la face persistait, quoique la sensibilité y fût rétablie. La langue demeurait également déviée à droite. Les pupilles étaient dans le même état. Il semblait y avoir aussi une amende-ment notable du côté des fonctions cérébrales. Je demandai au malade à voix haute s'il avait mal à la tête ; il me répondit très-clairement que oui ; mais il ne put me désigner l'endroit où il éprouvait le plus de douleur. Un instant après il demanda le bassin. En somme, il était beaucoup mieux que les jours précédents ; mais bientôt il retomba dans un assoupissement plus profond que jamais, la respiration devint de plus en plus embarrassée, et il expira à trois heures de l'après-midi.

Autopsie. — En enlevant les téguments du crâne, je ne rencontrai extérieurement aucune lésion récente des parties osseuses ; mais je fus surpris de trouver les traces très-apparentes d'une ancienne fracture s'étendant depuis le côté interne de la bosse frontale gauche, jusqu'à la partie externe et droite de la protubérance occipitale, en longeant ainsi toute la portion gauche de la voûte crânienne, à 3 ou 4 lignes environ de la suture sagittale et traversant les sutures fronto et occipito-pariétales. En enlevant le périoste, on voyait que les parties osseuses ne s'étaient point réunies partout, et qu'il existait dans l'étendue d'un pouce et demi un écartement d'une ligne à la partie moyenne de la fracture. Il n'existait aucune trace d'épanchement ancien ni récent entre le crâne et la dure-mère, qui ne présentait point même, comme on aurait pu le présumer, d'adhérence insolite à l'endroit de la fracture ancienne. En ouvrant la dure-mère, je trouvai un épanchement de sang diffus et peu considérable occupant presque tout l'hémisphère droit du cerveau. Un caillot de sang noir et peu consistant remplissait la fosse latérale droite de la base du crâne. En cet endroit un ramollissement pultacé du cerveau, d'un demi-pouce de profondeur, attestait une contu-

sion évidente de cet organe. A gauche et sous la dure-mère, qui ne lui était nullement adhérente, existait dans la cavité de l'arachnoïde un kyste de la largeur d'un pouce et demi et occupant presque toute la partie supérieure de l'hémisphère correspondant. Cette espèce de poche membraneuse, de 4 à 5 lignes d'épaisseur environ, comprimait la substance cérébrale, qui présentait en cet endroit une espèce de sillon pour la recevoir. Les parois en étaient très-épaisses et très-consistantes. Elle renfermait dans son intérieur une espèce de gelée transparente recouvrant un caillot sanguin de couleur noirâtre et de la grosseur d'une noisette. L'ouverture de ce kyste fut faite à l'amphithéâtre de M. Lisfranc, avant sa leçon de clinique; mais lorsqu'une heure après, on voulut l'examiner de nouveau, toute la masse gélatiniforme avait disparu, il ne restait plus à la place qu'une trainée cellulaire excessivement fine. L'autopsie du cerveau, faite sous les yeux de la Société, à part la désorganisation circonscrite dont j'ai parlé plus haut, n'a présenté autre chose de particulier qu'une altération du nerf auditif gauche, converti en une masse rugueuse consistante, et ressemblant assez à de la cire fondue. (J'ai appris ensuite, comme je le dirai tout-à-l'heure, que le malade était complètement sourd de ce côté depuis un an.) En examinant la base du crâne je trouvai une fracture récente, commençant au-dessus de l'apophyse orbitaire externe gauche, longeant toute la partie postérieure de la voûte orbitaire, et venant se réunir sur la fosse pituitaire avec une autre fracture; celle-ci s'étendait depuis la partie interne de l'arcade sourcilière droite jusqu'à cette même fosse, en traversant ainsi l'éthmoïde et la portion du sphénoïde qui s'articule avec lui. Ces lésions expliquent d'une manière tout-à-fait satisfaisante l'épistaxis dont ce malade fut pris au moment de son accident, et l'infiltration de la conjonctive. Il n'y avait point d'épanchement sanguin entre les os et la dure-mère aux endroits correspondant à ces fractures; la cavité orbitaire n'était point non

plus remplie de sang, comme on l'a vu très-souvent en pareille circonstance.

Il eût été bien précieux d'avoir des renseignements positifs sur la vie du malade, afin de savoir jusqu'à quel point l'existence de la fracture ancienne pouvait se rattacher à la formation du kyste, à quelle époque cette fracture ou du moins l'accident dont elle était le résultat avait eu lieu, et de quels phénomènes cet accident avait été suivi. Mais malheureusement les informations que j'ai pu prendre à cet égard sont loin d'être assez satisfaisantes pour qu'on puisse y ajouter foi. La sœur du malade m'a assuré que, depuis quinze ans qu'elle habitait avec lui, il ne lui était arrivé à sa connaissance aucun accident qui l'eût obligé de garder le lit, qu'il y avait environ un an et demi il avait fait une chute sur la tête en voulant monter sur une table; mais que cette chute n'avait eu aucune suite fâcheuse, et qu'il n'en avait pas moins continué à se livrer à ses occupations; qu'il ne s'était jamais plaint de mal de tête, qu'il avait toujours joui d'une assez bonne santé. J'ai en outre appris d'elle que depuis un an il était sujet à de fréquents étourdissements, qu'il avait une grande tendance à l'assoupissement, et que tous ses moments de loisir étaient consacrés au sommeil. De temps en temps il éprouvait dans le bras gauche des douleurs suivies d'engourdissement et de fourmillements, qui se faisaient sentir aussi dans le membre abdominal; du même côté il y avait affaiblissement notable des sens du goût et de l'odorat. La surdité était devenue complète du côté gauche, mais la vue n'avait jamais été affaiblie; les fonctions digestives s'exécutaient très-bien. Cet homme, qui avait conservé parfaitement l'usage de ses fonctions intellectuelles, se livrait toujours à ses travaux ordinaires; mais quinze jours avant sa mort les étourdissements étaient devenus beaucoup plus fréquents, et la tendance à l'assoupissement plus marquée que jamais, sur-

tout pendant les trois derniers jours qui ont précédé l'accident à la suite duquel il a succombé.

Extrait du rapport sur l'observation précédente,
par M. BÉRARD jeune.

M. Leriche n'ayant joint à son observation aucune réflexion destinée à faire ressortir ce qu'elle peut offrir de remarquable, votre commission a cru devoir remplir cette lacune, et elle vient soumettre à votre attention les réflexions suivantes :

1°. L'existence d'une fracture ancienne, et d'un kyste rempli d'un liquide provenant de sang altéré, situé dans l'arachnoïde, permettent de supposer que ces lésions ont été le résultat d'une même cause, d'un choc violent porté sur la tête; elles prouvent, ainsi que tant d'autres, que quand il y a épanchement de sang et fracture de crâne, l'épanchement ne se trouve pas nécessairement au niveau de la fracture, et elles pourraient devenir la source d'un grand embarras, relativement à l'indication de l'opération du trépan, si avec un semblable désordre il existait des symptômes de compression cérébrale sans hémiplegie. En effet, le chirurgien qui dans ce cas se déciderait à recourir à l'opération devrait perforer le crâne au niveau de la fracture, et pourtant il n'arriverait pas sur le siège de l'épanchement.

2°. Les derniers accidents qui ont précédé la mort du malade, savoir : l'hémiplegie à gauche, la perte de connaissance, etc...., accidents dont l'ouverture du cadavre a facilement rendu compte, étaient également de nature à embarrasser le praticien. Car, si l'on pouvait soupçonner la compression de l'hémisphère droit du cerveau par un épanchement de sang, il était à peu près impossible d'en préciser

le siège, et la perforation du crâne devenait plus hasardeuse encore à instituer que lors du premier accident.

Ce sont des faits de ce genre qui ont été considérés comme des cas douteux d'opération du trépan. C'est que dans le premier il existe un signe local d'une lésion du crâne, une fracture, mais sans hémiplegie, sans moyen par conséquent de connaître de quel côté est l'épanchement; c'est aussi que dans le second il existe une hémiplegie sans lésion du crâne du côté opposé, sans moyen par conséquent de connaître vers quel point de l'hémisphère se trouve l'épanchement. Ce n'est en effet que dans les cas où ces deux circonstances sont réunies, savoir, la paralysie d'un côté du corps d'une part, de l'autre une altération locale du crâne, une fracture siégeant sur le côté opposé à l'hémiplegie, que l'indication pour le trépan devient précise, et que l'opération doit être faite, à moins que quelque circonstance particulière ne s'y oppose.

3°. Nous ferons encore remarquer que la langue se déviait à droite, quoique l'hémiplegie fût à gauche, phénomène opposé à celui que l'on observe ordinairement. Serait-ce que la langue eût seule été paralysée lors de l'ancien épanchement, et que sa déviation fût restée la même, malgré une nouvelle hémorrhagie survenue du côté opposé à la première? Ce n'est là qu'une conjecture que les renseignements n'ont point éclaircie.

*Angine gangréneuse. — Observation recueillie par le docteur
THOMAS, de Tours.*

La femme Noyant, âgée de quarante-quatre ans, tempérament nerveux-sanguin, taille cinq pieds un pouce, muscles grêles, maigreur assez prononcée, accouchée depuis six jours, se plaint d'un très-violent mal de gorge. Le

22 octobre j'examine l'arrière-bouche, et je trouve pour toute lésion deux petites plaques grisâtres, de trois lignes de diamètre à peu près, situées sur la face antérieure du voile du palais. Je les touche à plusieurs reprises avec une solution concentrée de nitrate d'argent fondu. Le 23 octobre elles avaient presque complètement disparu. Cependant la malade accusait toujours un sentiment de gêne et une douleur vive dans l'arrière-bouche; la déglutition était difficile et douloureuse. Cette fois la malade m'indiqua comme point correspondant à la douleur la saillie du cartilage thyroïde. Je fis de nouveau l'examen du pharynx, et, abaissant fortement la base de la langue, je reconnus une tumeur grisâtre, du volume d'une noisette; tumeur située sur les limites de la base de la langue, s'élevant et s'abaissant avec le larynx. C'était bien là l'épiglotte; je la crus d'abord enveloppée d'une fausse membrane; je la touchai trois fois avec une forte solution de nitrate d'argent; toutes les demi-heures la malade faisait usage d'un gargarisme composé d'une solution d'alun et de miel rosat. Le 24, il se forma sur la face interne de la joue droite une escharre grisâtre, molle, de trois lignes de diamètre, à six lignes de la commissure, entourée d'un bourrelet rosé formé par la muqueuse buccale; elle n'était accompagnée d'aucune douleur. Je la cautérisai avec la solution du nitrate d'argent; je saisis avec une pince à anneaux la tumeur grisâtre de l'épiglotte, et j'en détachai plusieurs longs filaments assez résistants qui étaient évidemment des portions d'une escharre; la cautérisation fut continuée.

Le 25, la gangrène de la joue droite avait fait des progrès rapides; elle n'était plus qu'à deux lignes de la commissure. L'état de l'épiglotte ne me parut pas changé. Même traitement.

Depuis le 22 octobre la bouche répandait une odeur infecte. La voix était faible, cassée comme celle d'un vieillard ou d'une personne affaiblie par une longue maladie. Les

liquides en passant du pharynx dans l'estomac produisaient une douleur vive, mais ils ne causaient pas de toux.

La malade a toujours eu une fièvre assez forte, avec redoublement le soir. La peau était chaude et sèche, le pouls était à cent pulsations par minute dans la journée, et à cent vingt, cent cinquante le soir, au moment de l'accès fébrile. Il y a toujours eu un état de faiblesse extrême.

Le 26, les liquides en franchissant le pharynx déterminaient des quintes de toux fatigantes. L'inspiration était parfois accompagnée d'un sifflement ou d'une vibration rauque; l'air pénétrait difficilement dans le thorax. Pour respirer plus facilement la malade se tenait sur son séant, la poitrine inclinée en avant. Mort dans la nuit du 26 au 27.

Il n'y a pas eu d'agonie : la malade a rendu le dernier soupir un instant après avoir parlé aux personnes qui l'entouraient. Il est probable que pendant l'inspiration l'ouverture du larynx aura été oblitérée subitement par l'escharre.

Nécropsie faite le 27 octobre, trois heures après midi. L'escharre de la joue droite s'étend jusqu'à la commissure; son tissu est mou, flasque, filamenteux, assez résistant; elle comprend la muqueuse, le tissu cellulaire et à peu près le tiers de l'épaisseur de la couche musculaire; sa surface comme dans sa profondeur elle a une teinte noire de charbon.

L'épiglotte n'existe plus : on trouve à sa place une escharre noire, à tissu filamenteux très-résistant, ressemblant parfaitement à celle de la joue. La gangrène, qui a désorganisé l'épiglotte, comprend aussi les replis muqueux glosso-épiglottiques et aryéno-épiglottiques dans toute leur étendue.

La muqueuse et les tissus qui enveloppent les cartilages aryénoïdes ont acquis une épaisseur considérable. L'ouverture du larynx est évidemment rétrécie.

Nota. Je n'ai pu savoir précisément de quelle époque da-

tait la gangrène du larynx; mais j'ai appris du mari de cette femme que plus d'un mois avant l'accouchement elle se plaignait du mal de gorge, qu'elle avait de la difficulté à avaler, et qu'à plusieurs reprises il lui était survenu des aphthes. Elle avait habituellement une bonne santé et était douée d'une activité extraordinaire.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 3 (3^e SÉRIE) — (Novembre 1835),

édité

PAR MM. BELL, VALLEIX, CAZALIS, DENONVILLIERS,
MAISONNEUVE, MAROTTE ET BÉRARD.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
le mois de Mai.*

1. Anévrysme de l'aorte. — 2. Ulcérations de l'aorte. — 3. Perforation de l'aorte. — 4. Oblitération des artères du membre inférieur. — 5. Caillots dans les veines. — 6, 7, 8. Phlébites. — 9. Atrophie du foie. — 10. Cancer du foie. — 11. Ulcérations de la vésicule biliaire. — 12. Rein graisseux. — 13. Abcès des reins. — 14. Oblitération du canal de l'urètre. — 15, 16. Disposition particulière du col utérin. — 17. Ablation de végétations cancéreuses du col de l'utérus. — 18. Tubercules des trompes et des ovaires. — 19. Tumeur squirrheuse traversée par un nerf. — 20. Extirpation de ganglions tuberculeux de l'aisselle. — Nominations faites pendant le mois.

1. M. Guérard fait voir un anévrysme de l'aorte pectorale qui en arrière avait érodé le corps des vertèbres dorsales et en avant avait usé les artères cartilagineuses de la trachée-artère. Le malade est mort d'une pneumonie avec œdème du poumon. À son entrée à l'hôpital les bruits trachéaux étaient tellement forts qu'ils masquaient complètement les bruits du cœur.

2. M. Guérard présente le cœur et le système artériel d'un homme de quarante ans mort d'une pneumonie. Cet homme avait une affection syphilitique depuis quinze mois. La surface interne de l'aorte, surtout dans sa portion ascendante et dans sa crosse, est rugueuse, parsemée d'espèces de végétations et de plaques, les unes rouges, les autres d'un blanc terne, ossifiées dans leur centre ; les grosses artères présentent aussi des plaques jaunâtres, résistantes, non encore ossifiées et entremêlées de plaques rouges. La partie moyenne de l'une des valvules sigmoïdes de l'aorte présente une perforation de la largeur d'une pièce de 50 centimètres. Le bord de cette perforation, d'une couleur brunâtre, est inégal et assez fortement renversé du côté du ventricule gauche. Le poumon est hépatisé et renferme un abcès circonscrit.

3. M. Boinet fait voir une perforation de l'aorte pectorale. L'artère, qui

paraît saine dans tout le reste de son étendue, présente au niveau à peu près de la huitième ou neuvième dorsale une ouverture circulaire, froncée d'environ deux lignes de diamètre. Sa face externe est intimement unie à la partie inférieure et postérieure du poumon gauche, qui paraît sain et n'offre pas d'infiltration sanguine. La malade qui a offert cette altération, âgée de cinquante ans, était entrée à l'hôpital pour une double cataracte. L'opération fut pratiquée sur un seul œil : deux jours après elle fut prise d'un vomissement de sang fort abondant, et quelques heures après elle expira. L'estomac contenait du sang, mais n'était point altéré. Il existait une petite quantité de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

4. M. Vernois soumet à l'observation de la Société une oblitération des artères crurale et tibiale du côté gauche chez une femme de quatre-vingt-dix ans qui paraît avoir succombé à une insuffisance des valvules aortiques, lesquelles, ainsi que les artères, étaient encroûtées de matière calcaire.

Il y avait des plaques gangréneuses dans les points sur lesquels le membre appuyait, tels que le talon et le bord externe du pied. L'artère crurale, disséquée avec soin, se divise en plusieurs feuillets; puis on arrive à un cylindre revêtu de plaques calcaires que M. Vernois regarde comme développées à la surface du caillot, tandis que les membres de la Société pensent qu'elles siègent sur la tunique interne de l'artère qui a été laissée en place. A l'appui de cette manière de voir M. Maisonneuve rappelle que dans un cas d'oblitération de l'aorte qu'il a présenté à la Société, il a pu retirer le caillot entier qui existait dans les artères du membre inférieur : à la surface existaient des concrétions calcaires qu'il crut formées aux dépens du caillot; mais en disséquant les artères d'où il l'avait extrait, il s'aperçut que les plaques calcaires avaient été séparées et déchirées de la surface interne du vaisseau.

5. M. Desir soumet à l'examen de la Société le cœur d'un malade qui a été affecté, pendant quarante jours avant sa mort, d'une infiltration séreuse, laquelle s'est développée rapidement et a successivement envahi tout le corps. La face a été la première le siège de l'œdème, qui s'est propagé aux membres supérieurs, où il a toujours conservé le même degré d'intensité, tandis qu'il s'est montré plus tardivement aux membres inférieurs et n'y a pas été observé d'une manière permanente. Des caillots non adhérents occupent l'oreillette droite, les deux veines caves et quelques divisions de la veine cave supérieure. Un de ceux qui occupent l'oreillette droite présente de la consistance et est un peu décoloré. Le malade est mort d'un cancer de l'estomac.

Cette pièce pathologique donne lieu à quelques réflexions.

Quelques membres demandent si la formation des caillots ne pourrait pas s'expliquer par la longueur de l'agonie.

M. Vallex pense qu'à la formation des caillots dans le cœur et les veines doivent être attribués les phénomènes observés pendant la vie. Il a souvent eu, dit-il, l'occasion d'observer des phénomènes analogues sur les enfants. Il cite entre autres le cas d'un jeune enfant qui fut pris subitement et à

trois reprises d'attaques d'asphyxie, et chez lequel on trouva des caillots dans l'oreillette droite, les deux veines caves, les jugulaires et les sinus de la dure-mère.

Le degré d'organisation des caillots peut-il servir à juger du temps depuis lequel ils se sont formés. Hunter avait déjà noté la facilité avec laquelle se développent dans les caillots sanguins du cœur des canaux ou du moins des lacunes vasculaires, et il était parvenu à faire pénétrer dans leur intérieur quelques sillons d'une injection colorée lancée par les artères bronchiques.

M. Vernois a répété les expériences de Hunter, et est parvenu de même à injecter des caillots qui avaient contracté des adhérences avec la face interne de cet organe.

6. M. Vernois présente un cas d'oblitération de la veine crurale, iliaque et du commencement de la veine-cave inférieure, qui sont occupés par un caillot dense, résistant, non décoloré, faiblement adhérent à la paroi veineuse dans la plus grande partie de son étendue. Les deux tiers supérieurs du caillot contenaient dans leur centre une poche renfermant une grande quantité de pus bien lié. Les parois de cette poche étaient rugueuses, mamelonnées. Au-dessous de l'abcès le caillot était plein, et dans l'étendue de quelques lignes se trouvait séparé de la paroi veineuse par une petite quantité de pus. Une valvule limitait en bas le caillot. Les parois de la veine-cave étaient parfaitement saines au-dessus du caillot. Mais à son niveau elles étaient rouges, surtout dans le point en contact avec le pus. Il y avait même un point où le caillot adhérait parfaitement à la veine et ne pouvait en être séparé. La paroi veineuse semblait avoir disparu. Dans le reste de son étendue elle ne présentait pas d'ulcérations, mais était adhérente au tissu cellulaire environnant. La malade qui a offert cette altération était une femme de trente-huit ans, affectée d'un cancer colloïde du mésentère, avec anasarque et ascite, pour laquelle la ponction avait été pratiquée trois fois. La malade n'éprouvait pas de douleurs dans les membres inférieurs.

7. M. Chassaignac présente un caillot purulent de la veine-cave inférieure, trouvé chez un individu affecté de carie de la portion lombaire de la colonne vertébrale et d'abcès par congestion de l'aîne droite. Les parois de la veine sont parfaitement distinctes du caillot, qui y adhère cependant; il a un aspect lamellé, et l'on peut séparer plusieurs couches concentriques. C'est entre les plus superficielles de ces couches qu'existe le pus.

8. M. Maisonneuve présente un moignon d'amputation partielle du pied par la méthode de Chopart, pour une maladie du gros orteil et du premier métatarsien. Le malade a succombé le onzième jour aux symptômes de la phlébite traumatique. La tête de l'astragale, qui au moment de l'opération était recouverte par une couche de cartilage parfaitement sain, n'en présente plus aucune trace. Le tissu osseux est à nu. Quelques vestiges de cartilage existent encore sur le calcanéum. La veine tibiale postérieure contient un caillot adhérent à ses parois, lequel renferme dans son centre

une collection de pus et qui est limité en bas par une valvule de la veine. Plusieurs rameaux veineux contenaient aussi du pus que l'on faisait sortir par la pression. La surface des poumons présentait quelques petits abcès métastatiques. Il n'en existait ni dans le foie, ni dans la rate, ni dans les reins.

9. M. Chassaignac présente un foie d'un petit volume, d'une forme anormale, d'une couleur jaune clair, parsemé à sa surface de plaques fibreuses, comme crispées, semblables à des cicatrices. Ce foie offre également un grand nombre de sillons anormaux qui le divisent en une multitude de lobes. M. Chassaignac demande si on ne pourrait regarder cette déformation du foie comme la suite de la cicatrisation d'abcès multipliés de cet organe. MM. Bérard et Michon penchent pour voir là un vice congénial de conformation ; M. Bérard fait observer que la vésicule biliaire n'occupe pas le sillon dans lequel elle est habituellement logée et qu'elle n'adhère au foie que dans une fort petite étendue. Ce fait lui semble venir à l'appui de l'opinion qui ne voit là qu'un vice de conformation. A l'appui de l'opinion de M. Chassaignac M. Maisonneuve fait remarquer que l'on voit des vaisseaux oblitérés venir se terminer dans les sillons anormaux, et que cette oblitération des vaisseaux suppose un travail morbide antécédent.

10. M. Sonnié-Moret présente un cancer du foie chez une femme fort âgée ; le foie est parsemé de tumeurs encéphaloïdes : la partie la plus altérée existe au niveau de la vésicule biliaire. Il y a oblitération de son col et du canal cystique par la compression exercée par la matière encéphaloïde. La vésicule contient un liquide incolore, ses parois sont fort épaissies : elles contiennent dans leur épaisseur, surtout à la partie supérieure, des petits calculs, du volume d'un grain de chènevis. Il y a adhérence du fond de la vésicule avec le cœcum. La femme avait présenté de l'ictère.

11. M. Fournet présente un cas d'ulcérations multiples de la vésicule biliaire. Ces ulcérations sont à fond grisâtre, à bords rouges et élevés. Les parois sont considérablement épaissies, blanchâtres et d'une dureté comme squirrheuse. La cavité est extrêmement rétrécie et contient des mucosités épaisses et presque purulentes. Dans le col de la vésicule se trouve logé un calcul parfaitement blanc ; facile à rayer avec l'ongle, de la grosseur d'une balle de calibre, qui se trouve tellement engagé qu'on ne pourrait l'extraire qu'en fendant longitudinalement le col de la vésicule. La communication entre la vésicule et le canal cystique est tout-à-fait interceptée. Les canaux hépatique et cholédoque n'ont offert aucune altération. La malade n'a présenté absolument aucune lésion du côté des fonctions digestives, rien qui pût faire soupçonner l'état de la vésicule biliaire.

12. M. Barth présente un cas de transformation graisseuse du rein. Il n'existe plus de traces des substances corticale et mamelonnée. Le tissu graisseux est divisé par des cloisons fibreuses. L'uretère à son origine est oblitéré par de nombreux calculs. En cet endroit ses tuniques sont notablement hypertrophiées. Il n'y avait en aucun symptôme observable d'affection du rein.

M. Cruveilhier regarde cette transformation graisseuse comme le résultat de l'obstacle apporté à l'exercice de la fonction de la glande, par suite de l'oblitération de son canal par des calculs.

13. M. Nivet montre les organes génito-urinaires d'un homme âgé de soixante-huit ans. Tout le tissu cellulaire qui environne les reins était enflammé : la surface externe de cet organe est d'un rouge vif et remplie d'abcès miliaires, l'uretère fort dilaté, la vessie large, ses parois hypertrophiées. Quoique le canal de l'urètre fût libre, cet homme était souvent atteint de rétention d'urine. Ce liquide était devenu dans les derniers temps d'une grande fétidité.

14. M. Michon présente l'appareil urinaire d'un homme entré dans son service pour une rétention presque complète d'urine. Cet homme avait fait il y a plusieurs années une chute sur le périnée, à la suite de laquelle il éprouva des symptômes graves, mais dont il n'a pu rendre compte. Il a été impossible de le sonder : la sonde, arrivée à la courbure de l'urètre, n'a jamais pu pénétrer plus loin. Au reste les accidents ne paraissaient pas pressants. Aucun des symptômes de la fièvre urinaire n'existait ; la percussion hypogastrique faisait entendre un son clair. A l'autopsie on trouva un rétrécissement du canal de l'urètre au niveau de sa courbure, rétrécissement tellement considérable qu'il a été impossible d'y faire pénétrer un stylet quelque fin qu'il fût. Il paraît constitué par un tissu fibreux, dense et résistant. En avant existent quelques lacunes qui se terminent en cul-de-sac. L'existence d'un pertuis ne peut guère être mise en doute, puisque le malade excréta quelques gouttes d'urine : mais il est impossible de le retrouver. La prostate a complètement disparu. La vessie ne contient qu'une médiocre quantité d'urine. Elle présente à son sommet quelques taches gangréneuses, mais point de perforation. Plusieurs anses d'intestin grêle adhérent à sa partie supérieure, au moyen de fausses membranes très-épaisses et en partie organisées. Immédiatement derrière le col de la vessie existe une poche accessoire, communiquant dans la cavité vésicale par une ouverture rétrécie, occupée par un calcul trapézoïde, du volume du grand os cunéiforme du tarse ; sa position eût pu le faire prendre, dans une exploration par le rectum, pour un engorgement de la prostate. Enfin les reins de ce sujet étaient transformés en un kyste urinaire, la substance glandulaire ayant complètement disparu ; ce qui explique l'absence de symptômes de rétention d'urine pendant la vie. Ce même sujet présente un engorgement de l'un des testicules : il est envahi presque complètement par de la matière tuberculeuse. L'épididyme a presque disparu et se trouve remplacé par le tubercule. La substance propre du testicule est refoulée par d'autres masses volumineuses : et au milieu d'elle existe un grand nombre de petits amas de la même matière, présentant, le volume d'un grain de chènevis. On n'a pas constaté si la matière tuberculeuse existait dans le conduit déférent ou dans les vésicules séminales.

15. M. Chassaignac présente une disposition anormale du col de l'utérus. En pratiquant le toucher sur le cadavre d'une femme destinée aux manœuvres

vres opératoires, il ne put rencontrer de col utérin, mais son doigt pénétra avec effort dans une cavité assez longue. Pensant que cette femme avait peut-être été soumise à une ablation du col de la matrice, M. Chassaignac enleva les parties, et, ayant incisé le vagin dans toute sa longueur par sa paroi latérale, ainsi que l'utérus, il fut étonné de trouver le col dans son état parfaitement normal. Le vagin se terminait par un rétrécissement d'environ un pouce et demi de long. Le cul-de-sac formé par le vagin autour du col de l'utérus était complètement effacé, et ce col avait été repoussé en haut. C'est à cette disposition que tenait l'absence de saillie du museau de tanche.

16. M. Chassaignac présente un nouveau cas de cette disposition. Ici, le vagin n'ayant pas été incisé, le doigt sent au fond de ce conduit un rétrécissement à l'extrémité, auquel existe le col utérin, mais celui-ci ne fait pas saillie dans la cavité vaginale. Un petit polype pédiculé existe à sa lèvre antérieure.

17. M. Michon montre la lèvre antérieure du col de l'utérus, qu'il a enlevée sur une femme âgée de vingt-six ans, très-bien constituée du reste. Cette lèvre antérieure est couverte par une masse de végétations du volume d'une grosse noix, d'une couleur grisâtre, ne laissant suinter aucun liquide. L'opération a été très-simple : un écoulement de sang assez abondant, qui s'était manifesté d'abord, s'est ensuite arrêté de lui-même et n'a plus reparu. La maladie étant parfaitement circonscrite, et ayant été enlevée en entier, la malade paraît être dans les meilleures conditions pour être radicalement guérie.

18. M. Nivet présente un cas d'envahissement des trompes et des ovaires par de la matière tuberculeuse chez une jeune fille de vingt ans, affectée d'aménorrhée, de toux habituelle et de diarrhée avec fièvre continue. A l'autopsie on trouva de la matière tuberculeuse dans la cavité des trompes, qui sont considérablement dilatées vers leur extrémité libre. Les ganglions mésentériques et bronchiques sont envahis par la même matière. Trois ou quatre tubercules miliaires existaient dans les deux poumons. Quelques-uns, peu volumineux, se voient dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la face convexe du foie. Cet organe, qui est à l'état gras, n'en offre aucun, non plus que le cerveau ni les méninges. Nulle part les tubercules n'étaient ramollis.

19. M. Bérard aîné fait présenter à la Société une tumeur squirrheuse de l'aisselle qu'il a extirpée. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf, arrondie, est formée par du tissu squirrheux non ramolli; elle est traversée par la branche cutanée du deuxième nerf intercostal, qui semble se ramifier et se perdre dans son intérieur. La femme chez laquelle cette tumeur avait été enlevée avait subi antérieurement deux opérations au sein. Elle ressentait de l'engourdissement à la partie interne et un peu postérieure du bras. La tumeur était le siège de douleurs lancinantes très-vives, qui tenaient en partie, suivant l'opinion de M. Bérard, à la présence du nerf dans le squirrhe. Les vaisseaux axillaires ont été mis à nu pendant l'opération :

l'artère sous-scapulaire seule été ouverte : il a été nécessaire de porter une ligature sur ses deux bouts, le sang refluant par l'inférieur.

20. M. A. Bérard présente des ganglions tuberculeux qu'il a enlevés de l'aisselle chez une femme âgée. Comme ces tumeurs n'offraient pas de caractère bien décidé pendant la vie, il essaya la compression. Elle fut employée pendant trois semaines ; mais il survint du gonflement, de la douleur, la peau rougit, et on fut obligé d'y renoncer. Lors de l'extirpation, M. Bérard rencontra une cavité remplie de sang et derrière elle les ganglions, qu'il ne put enlever qu'en mettant à nu l'artère et la veine axillaires. Il pense que la poche remplie de sang a été produite par la compression.

Ont été nommés membres adjoints, pendant le mois : MM. Fournet, dans la séance du 7 mai ; Guénard et Godin dans celle du 14 ; Barth et Barthez dans celle du 21.

Invagination du gros intestin, suivie d'un épanchement de matières stercorales dans l'abdomen. — Observation recueillie par M. GRISOLLE, interne à l'hôpital Beaujon.

Spino, âgé de vingt-neuf ans, ébéniste, offre tous les attributs du tempérament lymphatique. Il habite un lieu sec, bien aéré ; se nourrit habituellement mal, mange beaucoup de substances indigestes et fortement épicées ; est en outre adonné à l'ivrognerie : malgré ces excès habituels, cet homme n'a jamais éprouvé du côté de l'abdomen aucune affection un peu grave.

Il y a trois mois environ Spino fut pris d'un dévoïement copieux avec coliques, qui s'exaspérait à chaque écart de régime, et pour lequel il prit la médecine de Leroy : sous l'influence de ce drastique sa maladie s'exaspéra, et le 12 mars 1834 il entra à l'Hôtel-Dieu. Là on lui donna quelques lavements émollients, et on le soumit à une diète modérée ; il en sortit sans être guéri après un traitement de 17 jours. Il vint à l'hôpital Beaujon le 10 avril suivant ; il se plaignait alors d'avoir un dévoïement jaunâtre ; ses selles étaient fréquentes, avaient lieu sans épreintes, et étaient

précédées et accompagnées de coliques assez vives, n'ayant pas de siège spécial, mais revenant de temps en temps par crises, pendant lesquelles on voyait se dessiner le long des colons ascendant et transverse des bosselures de la grosseur d'une noix, douloureuses à la pression, et qui disparaissaient sans bruit après une ou deux minutes de durée. Ces crises terminées, le ventre était souple, la pression n'augmentait pas les coliques; il n'y avait ni hoquets ni vomissements; la langue était rosée, humide sans enduit; la bouche ni amère ni pâteuse; le pouls, assez large, battait 60 fois à la minute; la chaleur de la peau était modérée. On ne constata aucun état morbide dans les autres organes. On lui appliqua des cataplasmes émollients sur le ventre, et plusieurs fois par jour il faisait, sur cette partie des onctions avec : baume tranquille une once; extrait de belladone un gros; il prenait deux demi-lavement de pavots et amidon; de l'eau de riz pour boisson et des soupes pour tout aliment; on joignit ensuite à ces moyens un bain tiède tous les deux jours. Le 20 avril, le dévolement ayant disparu ainsi que les coliques, le malade sortit le quatorzième jour après son entrée dans les salles. Mais, de retour chez lui, il se livra à ses écarts de régime ordinaires, et tous les accidents reparurent. Il mangeait chaque jour une grande quantité de viande de porc fortement épicée et buvait autant de vin et de liqueurs qu'avant sa maladie. Aussi la nuit qui succédait à un de ces repas copieux était ordinairement marquée par de violentes coliques, pendant lesquelles le malade se roulait dans son lit; quelquefois il vomissait des matières verdâtres et amères. Pendant ces crises, une tumeur presque du volume du poing se dessinait à la partie inférieure de l'hypocondre droit; après deux, trois et quelquefois cinq minutes cette tumeur disparaissait brusquement et faisait entendre en même temps un gargouillement considérable. Le dévolement avait les mêmes caractères qu'autrefois, et n'augmen-

taient pas après les crises. Les nuits des 5, 6 et 7 mai furent terribles pour ce malheureux, ses coliques étaient atroces et le rendaient comme furieux; en même temps le ventre se tuméfia et devint douloureux. Spino entra de nouveau à l'hôpital Beaujon le 11 du même mois. Il était dans l'état suivant :

Sa figure exprime la souffrance, ses traits sont tirés, grippés; les yeux caves, le teint plombé; les extrémités presque froides, la peau sèche; le pouls petit, serré, bat cent vingt-quatre fois par minute; le ventre est très-tuméfié, excessivement douloureux; on ne sent aucune tumeur dans la fosse iliaque droite; il n'y a point de dépression dans la fosse iliaque gauche. Le délire continue au même point que lors de la première entrée du malade dans les salles; les urines sont rares, leur émission est facile; l'insomnie est complète (20 sangsues, fomentations, bain). Le 12 même état que la veille (15 sangsues). Le 13, éructations, deux vomissements verdâtres; ventre plus tendu, beaucoup plus dur (frictions mercurielles, quatre gros par jour). Dans la journée, la dyspnée est très-grande, le malade ne peut respirer que dans la position assise; la respiration est précipitée, courte, sans râle. Le 14, même état, pouls petit (cent trente-deux pulsations); extrémités froides; deux selles liquides. Dans la soirée la dyspnée augmente, le malade dit à la sœur de la salle que son ventre vient de grossir considérablement; nous ne savons pas s'il a éprouvé un sentiment de déchirure, il succomba dans la nuit.

Autopsie, trente-six heures après la mort, température de 22°. La poitrine n'offre de remarquable qu'une diminution sensible dans son diamètre vertical, à cause de la saillie plus grande formée par le diaphragme: ce qui explique bien la dyspnée accusée par le malade dans les derniers jours de sa vie.

Abdomen: Les parois du ventre incisées; il s'échappe une quantité énorme de matières stercorales, jaunes, liquides,

très-fétides. Dans les points déclives existent quelques grumeaux offrant l'aspect du caséum. Des anses intestinales, légèrement distendues, sont collées entre elles par de fausses membranes peu denses. Le péritoine est couvert d'une exsudation blanche, crémeuse, au-dessous de laquelle on découvre une coloration qui varie du rouge simple au rouge violet foncé. Dans la fosse iliaque droite nous ne trouvons pas de cœcum; les quatre cinquièmes inférieurs du colon ascendant manquent aussi, et à leur place nous ne voyons que des anses d'intestin grêle. Dans le colon transverse nous sentons un corps dur et volumineux; nous incisons l'intestin qui lui sert d'enveloppe et nous constatons l'existence d'une tumeur dure, de forme cylindrique, qui a sept pouces six lignes de long et cinq de circonférence. Sa couleur est d'un rouge livide. La membrane muqueuse qui la recouvre offre deux ulcérations superficielles. Elle a deux extrémités : l'une, regardant la fosse iliaque droite, se continue avec l'intestin; l'autre, libre et flottante, regarde l'hypocondre gauche. Celle-ci a une forme conoïde, et présente à son sommet une ouverture ovale, par laquelle on aperçoit les deux lèvres de la valvule de Bauhin. Cet orifice conduit dans une anse d'intestin grêle. Une seconde ouverture, située en dedans de la précédente, fait pénétrer dans l'appendice vermiforme, lequel offre une cavité deux fois plus grande qu'à l'ordinaire et des parois épaissies. Ainsi cette tumeur est formée de dehors en dedans par trois cylindres superposés : le premier est formé par la partie supérieure du colon ascendant et par le colon transverse, c'est la partie contenante; le second est constitué par une grande portion du colon lombaire droit et par le cœcum en entier; enfin, le dernier, le plus central des trois, est formé par une anse d'intestin grêle. Ces trois parois d'intestin, enclavés les uns dans les autres, offrent deux surfaces en contact; l'une formée par la face interne du colon transverse, l'autre par le renversement du cœcum et de la plus grande partie du colon lombaire droit.

Ces deux surfaces, libres d'adhérences, sont couvertes par une exsudation muqueuse blanchâtre. Au-dessous on trouve deux surfaces sereuses, adhérentes l'une à l'autre par des filaments qui offrent une certaine résistance. Entre ces deux parois existe une cuillerée à café d'un pus blanc, homogène, crémeux, inodore. Enfin au centre de la tumeur on trouve la cavité de l'intestin grêle, ne contenant qu'une matière blanchâtre; sa muqueuse, d'un rouge obscur, est consistante, sans ulcérations, plissée longitudinalement; sa cavité est réduite au tiers de son ampleur ordinaire. Au-dessus de la tumeur existe une large déchirure de l'intestin grêle, à bords frangés, inégaux, noirâtres, ramollis; c'est par ce point que s'est fait dans l'abdomen l'épanchement de matières stercorales. L'intestin grêle est affaissé, non aminci; sa cavité offre une périphérie variable entre quatre et cinq pouces et demi; il contient encore beaucoup de matières fécales liquides; mais nulle part nous n'apercevons dans sa cavité ni fèces endurcies, ni végétations, ni amas de vers. La membrane muqueuse est sans ulcérations; elle est généralement d'un rouge peu intense, piqueté, ou disposé par plaques ou en arborisations; les follicules sont peu apparents. La partie inférieure du gros intestin a conservé son calibre ordinaire, et renferme une quantité notable de matières fécales jaunes demi-fluides. L'estomac contient un liquide brunâtre, exhalant une odeur de matière fécale; sa surface est mamelonnée. A un demi-pouce du pylore existe une ulcération de six lignes de diamètre, dont le fond est formé par la tunique musculuse, et dont le pourtour présente un piqueté rouge. Là la membrane muqueuse ne peut donner de lambeaux; partout ailleurs elle a une bonne consistance. Les autres viscères ne nous offrent rien de particulier à noter.

L'étiologie de cette maladie présente de l'incertitude : à l'autopsie nous avons recherché avec soin s'il n'y avait pas dans l'intestin quelque corps étranger, des ascarides.

lombricoïdes surtout; car les intestins, violemment irrités par leur présence, peuvent s'invaginer. Ceci s'observe spécialement chez les enfants. Peyer., Heister (*Eph. Nat. Cur.*, cent. 1 et 2, obs. 198, n° 31), en citent des exemples, et, d'après un seul fait cité par Ruysch (*Thes. Anat.*, 4, n° 14; *Thes. Nov.*, n° 57), il paraît que la même cause peut s'observer dans l'âge adulte. Il est donc permis d'admettre une invagination de cause vermineuse. Mais dans le cas qui nous occupe la maladie a débuté par une entérite, aggravée par l'usage intempestif d'un drastique, et ayant elle-même pour origine le mauvais régime et les excès habituels.

Les invaginations intestinales, surtout celles qui revêtent la forme chronique, sont une des maladies les plus difficiles à reconnaître. Quelques signes indiqués par les auteurs ne me paraissent pas mériter toute la confiance qu'on leur a accordée. Le fait que je viens de rapporter prouve la vérité de cette assertion. Dance a noté comme signe pathognomonique des invaginations du gros intestin la présence dans la fosse iliaque gauche d'une tumeur solide, allongée (*Archives*, t. 28, et *Répert. d'Anat. et de Chir.*, 1826). Mais cette tumeur a manqué chez notre malade : son siège peut être différent; et d'ailleurs, si le ventre est très-douloureux et généralement distendu, il sera presque impossible d'en constater la présence, bien qu'elle y existe. La dépression dans la fosse iliaque droite doit être une circonstance rare, parce que l'intestin grêle distendu vient remplir le vide qui s'est formé par le déplacement du cœcum. Mais un signe qui me semble mériter la plus grande confiance, c'est de voir une tumeur dure, douloureuse et persistante, cheminant suivant le trajet commun du colon, et qu'on ne confondra point avec ces bosselures résistantes qui se forment aussi dans ces cas, et qui dépendent de la contraction péristaltique des intestins. Ces dernières disparaissent au bout de quelques minutes, en faisant entendre un

gargouillement. Camper, ne considérant que ce dernier symptôme, avait établi, à tort je le pense, que *partout* où l'on entend un grognement dans les intestins, surtout dans les personnes délicates, il se forme des intus-susceptions qui se détachent d'elles-mêmes (*Prix de l'Ac. de Chir.*). Ce qu'il y a de remarquable encore dans ce fait, c'est la rareté des vomissements, la persistance du dévoiement; ce qui indique qu'il n'y a jamais eu interruption complète dans le cours des matières, excepté peut-être dans les derniers moments. L'autopsie d'ailleurs nous l'a prouvé en faisant voir au-dessous de l'étranglement une quantité assez considérable de matières fécales semi-fluides.

Il y a eu péritonite, et je pense qu'elle est survenue à la suite de la distension de l'intestin, et nullement par l'effet de l'épanchement stercoral. La rupture de l'intestin n'a eu lieu en effet, suivant toutes les apparences, que dans la soirée qui a précédé la mort; tandis que les signes de la péritonite existaient depuis plusieurs jours. Si d'ailleurs la péritonite eût dépendu de cette cause, sa marche eût été beaucoup plus rapide. La rupture de l'intestin a été l'effet de sa distension : les matières fécales, poussées sans cesse par les mouvements péristaltiques du tube digestif, venaient presser fortement, surtout sur le point d'intestin placé immédiatement au-dessus de l'invagination. Il y a eu consécutivement inflammation avec gangrène.

Dans un cas pareil devrait-on recourir à la gastrotomie, si toutefois on parvenait à déterminer le siège du mal? Je ne le pense pas; car, sans parler des autres inconvénients d'une pareille opération, je dirai que les surfaces sereuses qui étaient adossées dans l'invagination avaient contracté entre elles des adhérences telles que j'ai eu beaucoup de peine à les détacher avec le bistouri.

Dans les premiers temps de la maladie, lorsqu'elle affecte une marche intermittente, outre le repos, la diète, les bains et les applications de sangsues, si l'irritation intestinale le

réclamait, j'emploierais avec confiance les préparations de belladone à l'intérieur et à l'extérieur, sous forme de cataplasmes ou en frictions sur les parois abdominales.

Invagination de la portion supérieure du jéjunum dans l'inférieure. — Observation recueillie par M. LAFONT, interne à l'hôpital Necker.

(Lue dans la séance du 19 mars 1835.)

Emmanuel (Mélanie), d'un tempérament nerveux, d'une constitution assez faible, âgée de vingt-neuf ans, ouvrière en linge, entra le 28 février au soir à l'hôpital Necker. Les personnes qui l'accompagnent rapportent que depuis le matin Emmanuel éprouve des coliques très-douloureuses; qu'elle avait eu, quelques instants après l'invasion de ses souffrances, des vomissements dont le liquide contenait en suspension des parcelles d'aliments représentant ce qu'elle avait pris le matin. Les vomissements s'étaient calmés dans la journée; mais les coliques avaient persisté avec la même intensité, ne laissant que quelques courts moments de rémission. Les personnes qui entouraient ordinairement la malade ne croyaient pas que ces accidents auraient des suites graves, parce qu'elle les avait déjà éprouvés, avec moins d'intensité il est vrai, quatre fois pendant l'année 1834. Chaque fois Emmanuel avait été à l'hôpital de la Pitié, où une saignée, une application de sangsues, des cataplasmes sur le ventre et des boissons émollientes l'avaient soulagée et guérie; car le 7^e ou le 8^e jour de son entrée, elle avait constamment pu quitter l'hôpital. L'état de la malade au moment où elle fut apportée à l'hôpital Necker (car elle n'avait pu s'y rendre à pied) était le suivant : la face est pâle, exprime l'anxiété et la souffrance; le ventre, nullement ballonné, est le siège de douleurs que la pression n'augmente point; la malade con-

tracte vivement les muscles abdominaux : la langue est humide et à l'état naturel ; les vomissements ont cessé, il y a absence de selles. Aucune tumeur herniaire ne se laisse voir aux parois abdominales. La sécrétion des urines est abondante : il n'y a aucun phénomène morbide du côté de la poitrine et de la tête ; le pouls est petit et peu fréquent, la chaleur naturelle.

Ces coliques furent prises pour des coliques dites nerveuses. La constitution de la malade, l'examen du ventre dont la surface n'était point inégale, semblaient ne pas laisser de doute ; les antécédents même corroboraient jusqu'à un certain point cette opinion, quoique les souffrances eussent été calmées par les antiphlogistiques et que ces douleurs eussent duré trois ou quatre jours. Il fut ordonné une potion antispasmodique avec une demi-once de sirop diaçode, un quart de lavement avec six gouttes de laudanum de Sydenham, des cataplasmes opiacés sur le ventre. A la visite du 1^{er} mars la malade nous rapporta qu'elle avait pris les médicaments prescrits la veille, qu'elle avait été soulagée pendant environ deux heures et qu'elle n'avait point vomé les premières cuillerées de la potion ; mais dans le courant de la nuit les coliques avaient été aussi fortes que dans la journée ; elles avaient été accompagnées de vomissements bilieux ; le ventre était plus douloureux, légèrement tuméfié à la partie supérieure, à l'état normal à l'hypogastre ; la tuméfaction commençait à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic, pour se terminer à droite au-dessus et en dedans de la fosse iliaque. La sensibilité était plus vive que la veille, la langue dans le même état ; il y avait de la soif et de la fréquence du pouls. L'absence totale des selles, les douleurs qui étaient presque continues, les vomissements fréquents, l'inégalité et la sensibilité du ventre, portèrent M. Delarroque, chef du service, à diagnostiquer une invagination, ou, pour employer une expression plus générique qui explique ces phénomènes, un étranglement in

terne. Il prescrivit vingt sangsues à l'épigastre, un bain tiède, des cataplasmes sur le ventre, un lavement avec deux onces de miel commun, de la limonade pour boisson et la diète.

Le 2 mars les accidents continuent : l'anxiété est plus grande, les muscles abdominaux contractés, l'insomnie complète ; la tuméfaction a augmenté ; la face est plus pâle, grippée ; les yeux sont caves ; la malade est abattue, le pouls petit et fréquent. Quelques syncopes peu prolongées accompagnent cet état local et général. Le lavement a été rendu sans matières stercorales, le liquide était teint par quelques gouttes de sang. La vessie continue à excréter des urines et le hoquet ne se fait point remarquer.

Traitement. Six ventouses sèches sur le ventre, cataplasme, eau de Seltz à prendre avec des morceaux de glace.

M. Delarroke prescrivit dans ce cas six ventouses sèches et n'insista point sur les sangsues ; à cause de la petitesse du pouls, et parce que quelques mois auparavant les ventouses lui avaient très-bien réussi chez une femme qui, comme celle-ci, lui avait présenté tous les symptômes d'une invagination intestinale. Malgré les ventouses répétés tous les jours, la glace ingérée dans l'estomac ; l'eau de Seltz, les bains, les lavements, l'état de la malade empirait ; rien ne pouvait calmer ses coliques et ses vomissements : l'eau de Seltz était vomie peu de temps après l'ingestion, l'eau qui résultait de la fonte de la glace ne réussissait pas mieux, quelques cuillerées de bouillon données pour essayer de soutenir les forces de la malade, restaient moins de temps encore dans l'estomac ; cet organe ne supportait qu'une petite quantité de lait froid qu'on donna le 5 et les jours suivants ; encore s'il était donné à la dose de deux cuillerées de suite, il était vomi presque immédiatement. La marche de la maladie, les symptômes plus graves, la faiblesse qui augmentait, ne laissaient point de doute sur la certitude du diagnostic, et le 7 au matin il reçut une nouvelle confirmation

par les accidents locaux et généraux qui survinrent. Alors l'abattement de la malade était considérable : elle n'accusait plus des douleurs aussi fortes ; mais des vomissements de matières ayant l'odeur stercorale avaient succédé aux vomissements bilieux ; la tuméfaction du ventre avait augmenté, une tumeur inégale, dans la direction indiquée précédemment, se dessinait sur les parois abdominales ; le ventre était très-sensible à la pression, l'hypogastre conservait son volume à peu près normal ; le pouls était petit, inégal ; les urines étaient rares ; les lavements n'amenaient point de matières fécales, les extrémités avaient perdu de leur température, et au milieu de ce cortège de symptômes, il y a eu ce jour, comme les précédents et les suivants, absence de hoquets. La thérapeutique ne fut point changée : les ventouses, les bains, les lavements, les cataplasmes, l'eau de Seltz, la glace sur le ventre, etc., ne furent point suivis d'amélioration ; le 8 au matin les extrémités étaient froides, le pouls filiforme, la face terreuse, les yeux plus caves, les lèvres violettes ; la malade, couchée sur le dos, avait à peine la force de se remuer dans son lit et de montrer sa langue, qui était sèche ; à chaque instant on croyait la voir expirer : elle ne mourut cependant que le 10 au soir, à dix heures.

Autopsie, dix-huit heures après la mort.—Habitude extérieure..... Les membres sont grêles, et le reste du corps ne présente d'ailleurs rien de remarquable que nous n'ayons indiqué pendant la vie.

Une incision cruciale, faite sur les parois abdominales, met à découvert les organes contenus dans le ventre. Il s'en échappe une odeur de gangrène ; les intestins ont une couleur noirâtre ; une anse intestinale, de deux pouces et demi de diamètre et longue de douze environ, se présente à la partie moyenne de l'abdomen, dans la direction de gauche à droite : cette anse d'intestin est formée par la partie supérieure du jéjunum : au-dessous se trouve la continuation

de l'ces intestins et l'iléon évidemment rétrécis : au-dessus de l'invagination, l'intestin jéjunum est dilaté dans l'espace d'un pied et demi environ, espace qui s'étend du commencement de cet intestin jusqu'au rebord supérieur de l'invagination : l'anse du jéjunum invaginée est limitée au-dessus et au-dessous par deux rétrécissements bien marqués. Les parties de l'intestin grêle qui ne sont point le siège de la maladie ne présentent aucune adhérence, aucune fausse membrane; mais l'anse qui a reçu l'invagination est couverte de fausses membranes récentes qui la font adhérer aux parties voisines. Le système vasculaire artériel est vide ou presque vide; la veine-cave inférieure et la veine-porte sont gorgées d'un sang noir..... Le canal intestinal, détaché et ouvert dans toute son étendue depuis le cardia jusqu'à l'anus, présente : l'estomac rempli de matières liquides, jaunâtres, et semblables à celles vomies pendant la vie; le grand cul-de-sac sain, la moitié droite de ce viscère rétrécie par des rides nombreuses; la membrane muqueuse qui tapisse cette dernière portion un peu rosée, mais non ramollie à la duodénum, dont la membrane interne est injectée, mais sans épaissement ni dilatation; le jéjunum, qui depuis son origine jusqu'au repli supérieur de l'invagination, offre, comme je l'ai déjà dit, une dilatation fort considérable et une rougeur uniforme très-intense; dans l'espace de quelques valvules on voit des plaques noires d'un pouce de diamètre, qui siègent dans l'épaisseur de l'intestin. Cette partie du canal intestinal est remplie, comme l'estomac et le duodénum, de matières jaunâtres et liquides. L'anse qui contenait la partie invaginée, incisée dans sa convexité, nous laisse voir une membrane muqueuse en contact avec la muqueuse de l'intestin, qui s'était repliée; entre elles se trouve un liquide sanieux, noirâtre, exhalant une odeur très-fétide : ces muqueuses présentent une couleur très-foncée, lie-de-vin, et les valvules ont presque disparu par la distension de l'intestin. L'anse invaginée est incisée dans une partie de son éten-

due, de telle sorte que la division ne pénètre pas au-delà de l'épaisseur de l'intestin, et qu'elle s'arrête dans la cavité séreuse formée par le péritoine, renversé jusqu'au fond de l'anse invaginée. L'incision laisse échapper une petite quantité de sérosité citrine, et montre la cavité tapissée par la séreuse, remplie de fausses membranes nombreuses et très-fortes, interceptant entre elles des parties fibrineuses du sang. Cette lame intestinale est épaisse et dure. Enfin la cavité la plus interne, celle qui fait réellement suite au reste du tube digestif, est fort rétrécie : elle devait l'être d'autant plus que la cavité tapissée par la séreuse, et que nous avons décrite, était plus distendue par les éléments qu'elle contenait. Les matières que renfermait cette anse intestinale étaient entièrement semblables à celles qui se trouvaient dans la première cavité muqueuse de la tumeur. Depuis le collet inférieur, dans l'espace de deux pieds environ, le jéjunum est d'un rouge très-foncé, tirant sur le brun, contenant un liquide abondant, de la même couleur et de la même nature que celui mentionné plus haut. Le reste de l'intestin grêle est d'un rose vif, et, en le mettant entre l'œil et la lumière, on y remarque de nombreuses arborisations veineuses. Le gros intestin est sain : il est rempli par des matières fécales dures et brunâtres.

Les autres organes sont sains ; entre les plèvres existent des adhérences nombreuses et anciennes ; il n'y a aucun tubercule dans les poumons.

Épi de fausse avoine introduit dans les bronches et rejeté au dehors, à travers les parois thoraciques ; mort à la suite d'une phthisie pulmonaire. — Observation présentée par M. STANSKI GAÉTAN.

(Lue dans la séance du 19 mars 1835.)

Tesclier (Stéphanie), âgée de vingt ans, entra à l'hôpital

Cochin le 16 juillet 1834. Son état de souffrance et sa mémoire affaiblie ne permettant pas alors de la fatiguer par des questions, nous devons à l'obligeance de son médecin ordinaire les détails suivants sur son état antérieur :

Elle est réglée depuis l'âge de quinze ans, mais le flux menstruel a toujours été de très-courte durée. Elle avait ordinairement les pommettes colorées, le pouls fréquent, une toux habituelle et des sueurs nocturnes abondantes.

Dans les premiers jours du mois de juillet 1834 la malade, étant au jardin avec ses compagnes, cueillit un épi de fausse avoine, le mit dans sa bouche, et l'avalait en voulant prononcer quelques paroles; elle ne put savoir par quelle extrémité il s'était introduit. Aussitôt après, elle fut prise d'une suffocation violente mais passagère, qui dura à peine quelques instants, et fut suivie d'une toux continuelle, saccadée et très-incommode. Deux ou trois jours après, une douleur très-vive se fit sentir dans le côté droit du thorax; la toux augmenta en même temps et fut accompagnée d'une expectoration des crachats rouillés. Le médecin entendit distinctement le râle crépitant à la base de la poitrine du côté droit, et plus tard la respiration bronchique; la percussion donnait alors un son mat au même endroit. Cinq ou six jours après l'introduction de l'épi dans les voies aériennes, l'haleine commença à devenir fétide, et tout d'un coup la malade fut prise d'une quinte de toux, suivie d'une expectoration très-abondante de matières purulentes. Depuis ce temps elle continua à rejeter des matières très-fétides par l'expectoration.

A son entrée à l'hôpital, quinze jours après son accident, la malade présente l'état suivant : elle reste couchée sur le dos, parce que toute autre position augmente les douleurs du côté droit de la poitrine. Quoiqu'elle éprouve une grande faiblesse générale et une inappétence complète, elle conserve encore de l'embonpoint. Les pommettes sont colorées, la langue est rouge, le ventre souple et indolent; la respiration

est accélérée et s'accompagne d'une légère dyspnée; la toux est très-fréquente, légèrement quinteuse, et retentit douloureusement dans la région lombaire droite; elle est suivie d'une expectoration très-abondante de crachats jaunes grisâtres et diffluent, d'une odeur particulière, pénétrante et d'une fétidité insupportable; ils n'adhèrent pas au vase, et forment une masse homogène. La poitrine est sonore dans toute sa moitié gauche et l'on y entend distinctement le bruit respiratoire, si ce n'est à la base, où il est mêlé à du râle muqueux. La moitié droite rend à la percussion un son plus faible que la gauche depuis le sommet du poumon jusqu'au mamelon du même côté. À partir de ce point, et surtout en arrière, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la partie inférieure de la poitrine, il y a de la matité: on entend en avant du râle sibilant, au sommet et à la base, beaucoup de ronchus; en arrière le bruit respiratoire est régulier jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate; mais plus bas on entend un peu de gargouillement et une respiration soufflante et cavernueuse.

Dans la région lombaire droite, depuis les dernières fausses côtes jusqu'à la crête de l'os iliaque du même côté, et transversalement depuis la colonne vertébrale jusqu'à quatre ou cinq pouces en dehors, existe une tumeur aplatie, allongée, présentant une fluctuation évidente, et très-douloureuse à la pression; si l'on applique l'oreille sur cette tumeur pendant qu'on fait parler la malade, on perçoit le retentissement de la voix chevrotante. La succussion ne donne aucun signe. Le rachis est parfaitement droit, la percussion n'y détermine aucune douleur; le pouls est très-fréquent; la peau a une chaleur habituelle.

Deux cautères furent appliqués, l'un à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure de la tumeur. Le 21 juillet on fendit les escharres, et il s'écoula près de douze onces de matières purulentes, analogues sous tous les rapports aux matières expectorées.

Il s'opéra aussitôt un changement assez favorable dans les symptômes offerts par la malade et dans l'état de sa santé. Les crachats, qui étaient abondants et fétides, diminuèrent de quantité et changèrent de nature; ils devinrent peu à peu jaunes-verdâtres et muqueux. Le pouls perdit sa fréquence, la peau sa chaleur et l'oppression son intensité. Néanmoins la respiration resta caverneuse et même amphorique; et quand la malade parlait on entendait la pectoriloquie; malgré l'évacuation du pus et son écoulement continu par les ouvertures des cautères, une tumeur fluctuante, allongée dans la direction des côtes, ne tarda pas à se développer deux travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Un mois plus tard un troisième cautère fut appliqué sur cette nouvelle tumeur, et incisé comme les deux premiers; puis on introduisit dans l'ouverture inférieure de la tumeur la plus ancienne une mèche à séton, qui fut ensuite engagée dans celle du cautère établi en dernier lieu. En tirant cette mèche de bas en haut on amena au dehors une portion de l'épi qui s'y était engagée; car il s'était brisé en deux parties, et ce ne fut qu'en continuant à tirer qu'on parvint à l'extraire en totalité. Cet épi était jaune et barbu, il avait trois pouces dans toute sa longueur.

Après la sortie de ce corps étranger, les cautères fournirent long-temps encore des matières purulentes, mais de jour en jour moins abondantes et moins fétides; la toux et l'expectoration diminuaient aussi; la respiration caverneuse fut remplacée par du souffle bronchique, auquel succéda le bruit de l'expansion vésiculaire normale; enfin au bout de trois ou quatre mois les cautères se tariront complètement. Cependant le pouls conservait sa fréquence, il y avait une toux sèche, quelquefois suivie d'une expectoration peu abondante de crachats muqueux et transparents, dans lesquels nageaient quelques autres crachats jaunâtres et opaques; il y avait des sueurs noc-

turnes; la maigreur de la malade augmentait de plus en plus; elle se plaignait souvent d'une gêne dans la respiration et de douleurs vagues dans tout le corps. Bientôt, un examen attentif fit reconnaître une phthisie pulmonaire arrivée au dernier degré: les crachats devinrent plus abondants, et la malade, réduite au marasme, expira le 9 mars 1875.

Ouverture du cadavre, pratiquée trente-six heures après la mort. — Le cadavre est dans un état de marasme complet.

La cavité abdominale présente du côté gauche quelques adhérences anciennes, solides et cachées entre le périoine pariétal et le colon descendant; les intestins grêles sont sillonnés dans leur trajet par des ulcérations très-nombreuses, à bords indurés tuberculeux et une grande quantité de tubercules, développés dans l'épaisseur de leurs parois, forment une saillie dure et hémisphérique.

Le péricarde contient environ trois onces de sérosité citrine diaphane; le cœur est sain et d'un petit volume, le ventricule gauche est fortement revenu sur lui-même.

Le poumon gauche est tuberculeux dans sa moitié supérieure; son sommet est dur, friable, creusé de larges cavernes anfractueuses, lesquelles contiennent une grande quantité de matière purulente, grumeleuse, formée de pus et de matière tuberculeuse ramollie. Le poumon gauche n'a contracté d'adhérence qu'à son sommet; dans toute la partie tuberculeuse ces adhérences sont assez étroites pour qu'il soit impossible de le détacher sans le briser.

Le poumon droit adhère assez étroitement par son sommet, qui est aussi tuberculeux et creusé de cavernes, comme le sommet du poumon gauche. La surface externe et postérieure de cet organe tient aux parois thoraciques par des brides celluluses lâches, diaphanes, très-faciles à briser avec le doigt; la partie postérieure et inférieure du lobe inférieur est unie aux côtes correspondantes, par un tissu cellulaire assez serré, qui se rompt aussi avec facilité; inférieurement on trouve au-dessus du bord externe et inférieur et un petit ar-

rière du grand lobe l'adhérence aux côtes devient plus serrée, plus dense et comme ligamenteuse. Cette adhérence n'a pas plus de huit lignes de diamètre; elle correspond à l'intervalle qui sépare la huitième et la neuvième côte, à un pouce et demi de l'extrémité rachidienne de ces arcs osseux. Cette adhérence se continue avec du tissu cellulaire condensé, comme fibreux, blanchâtre, qui descend sous la plèvre et vient sortir entre la onzième et douzième côte, à deux pouces du rachis, sur le bord externe de la masse charnue du muscle sacrolombaire. En ce point se trouve, sous l'aponévrose lombaire, un décollement d'un pouce et demi à deux pouces carrés; le foyer qu'il circonscrit est tapissé d'une pseudo-membrane molle, non organisée; il ne communique pas avec le thorax, mais à l'extérieur, par une petite ouverture qui a été faite aux lombes avec la potasse caustique. Intérieurement l'adhérence ligamenteuse est intime avec le poumon et se continue avec la plèvre pulmonaire du grand lobe: c'est là que se trouve l'orifice béant d'un canal cylindrique de quatre à cinq lignes de diamètre, lequel se continue avec la plus grosse bronche du grand lobe du poumon droit. Ce canal est formé dans presque toute sa longueur par le tuyau bronchique dilaté, rougi et à peine induré. Dans le dernier pouce inférieur il est revêtu par une membrane épaisse, très-inégale, fragile, qui semble se continuer avec la bronche. Le parenchyme pulmonaire, situé autour de ce canal, est très-friable, d'un brun grisâtre et parsemé de cordons blancs ramifiés, qui semblent être de petites bronches obstruées; on ne trouve autour de ce trajet, qui a nécessairement été enflammé, qu'un seul tubercule à moitié suppuré; tandis que les deux tiers supérieurs du poumon en sont froids, et présentant une grande friabilité; les glandes bronchiques ont acquis un grand développement.

Recherches. J'ai rencontré dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, dans les *Ephémérides des Curieux de la Nature*, dans les *Actes de Leipsick*, dans les *Archives de Méde-*

cipe, etc., au moins une vingtaine d'observations semblables à celle que je viens de rapporter et dans lesquelles la marche et les symptômes de la maladie furent toujours les mêmes. Des épis de graminées, placés dans la bouche, se sont introduits dans les voies aériennes pendant que les malades parlaient, riaient ou toussaient, et non dans les voies digestives, pendant l'acte de la déglutition, comme Hévin cherchait à le prouver; la vigilance de la glotte se trouvant en quelque sorte surprise pendant une forte inspiration, le corps étranger s'introduit dans la trachée, et de là dans les bronches, entraîné par la colonne d'air qui se précipite dans les poumons. Pour pénétrer ainsi dans la trachée, les épis doivent se présenter par leur extrémité caudale; car autrement les aiguillons divergents qui les surmontent s'arrêteraient dans leur trajet; une fois introduits, ils se trouvent dans les mêmes conditions que ceux que les enfants s'amuse à placer dans leurs manches, et ils cheminent avec rapidité vers un point reculé des bronches. Le mécanisme de leur expulsion a été tant de fois décrit, qu'il est inutile de le rappeler ici. Le pus finit par soulever les téguments et par former une tumeur fluctuante, élastique, qui donne la sensation d'un emphysème local, et qui ne tarde pas à s'ouvrir à l'extérieur, pour rejeter le corps étranger avec les matières qu'elle contient.

D'après les considérations que nous venons d'émettre sur la configuration de l'épi, sur son mode d'introduction dans les voies aériennes et sur le travail salutaire que la nature emploie pour l'éliminer, je crois devoir abandonner d'avance toute tentative d'opération pour l'extraire par les voies aériennes et cela pour les raisons suivantes :

La première est la grande rapidité avec laquelle l'épi traverse la trachée pour s'introduire dans les bronches les plus éloignées, ce que prouve la courte durée des accidents les plus graves. La deuxième, que si même l'on parvenait à le trouver, on risquerait en le retirant d'en casser les barbes,

et alors on laisserait toujours une cause d'irritation. La troisième, que le travail par lequel la nature s'en débarrasse n'a presque jamais été funeste, à moins d'une complication; comme dans le cas de mon observation.

Je ferai remarquer que la malade est morte évidemment à la suite d'une phthisie pulmonaire, après être tout-à-fait guérie de sa première maladie. La phthisie dans ce cas était-elle la suite de la présence du corps étranger dans le poumon ou était-elle antérieure à son introduction dans la poitrine? D'après les renseignements que j'ai pu avoir, d'après les signes fournis, à l'entrée de la malade, par l'auscultation et par la percussion, et que j'ai rapportés avec détail à dessein, je crois pouvoir avancer, si ce n'est avec certitude, au moins avec une grande probabilité, que l'existence des tubercules dans les poumons était antérieure à l'introduction de l'épi dans les voies aériennes.

*Abcès du cerveau. — Observation recueillie par M. BÉNIGNE,
D. M. P.*

(Lue à la séance du 7 mai 1835.)

Le nommé Herment, vannier, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 30 avril 1834. Il était âgé de vingt-un ans, et présentait tous les signes d'une altération profonde du cerveau.

Cette maladie paraissait reconnaître pour cause une otite interne, de nature scrofuleuse, d'abord caractérisée par une simple surdité; mais qui avait présenté depuis un an des signes beaucoup plus alarmants. Si nous consultons en effet les renseignements fournis par les parents du malade, nous voyons qu'il a joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de quatre ans. Il n'avait eu ni croûtes au cuir chevelu, ni écoulement derrière les oreilles, ni engorgement des ganglions. Mais au commencement de sa cinquième année il fut at-

teint d'une ophthalmie intense et très-rebelle, avec injection des paupières, souvent agglutinées par une chassie purulente, et sensibilité douloureuse à la lumière.

Cet état morbide de l'œil dura trois ans, au bout desquels il disparut et fut remplacé par un commencement de surdité. Du reste aucune douleur, aucun suintement des oreilles ne précéda cette nouvelle incommodité. Depuis sept ans jusqu'à seize, celle-ci resta stationnaire, augmentant seulement pendant les temps humides, et Herment ne présenta rien de remarquable, si ce n'est une certaine nonchalance, de la lenteur dans les mouvements et une certaine propension au sommeil.

Il y a un an environ que des douleurs assez vives se manifestèrent pour la première fois dans l'oreille gauche, sans qu'on pût attribuer cette exacerbation à une cause hygiénique appréciable; car il travaillait habituellement dans un lieu sec, à un quatrième étage : pendant deux mois seulement il s'était tenu dans une cave depuis le développement de son otite, et l'on ne s'est pas aperçu que ce séjour eût aggravé son état.

Quelques mois plus tard l'oreille droite en fut également atteinte, mais avec moins d'intensité. Depuis et du sang s'écoulèrent du côté gauche, et il y eut un suintement à droite. En même temps l'appétit du malade diminua; ses traits exprimèrent la souffrance; et bien qu'il fit tous ses efforts pour dissimuler son mal à ses parents, des élancements dans la profondeur des oreilles le forçaient souvent à porter en haut l'une des commissures labiales, et à fermer convulsivement les paupières du côté douloureux. En même temps la propension au sommeil augmenta considérablement; presque jamais il ne terminait un repas sans s'endormir, quelquefois même ayant encore des aliments dans la bouche. Malgré de semblables désordres, il put continuer son travail.

Dans les premiers jours d'avril les douleurs augmentèrent et le forcèrent de s'aliter. L'intelligence ne tarda pas à s'af-

faiblir; la physionomie s'altéra. Un médecin appelé diagnostique une fièvre cérébrale, et prescrit une saignée ainsi que des sangsues derrière les oreilles. Le 10 avril les parents du malade, ne remarquant aucune amélioration dans son état, le transportèrent à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Antoine).

Nous le vîmes à quatre heures du soir. Il était couché sur le dos, la tête inclinée à droite; les paupières demi-ouvertes ne laissaient apercevoir que la sclérotique, la bouche grimaçait de temps à autre. La respiration était calme et à peu près naturelle; les membres étaient sensibles et contractiles. Éveillé par ces premières explorations, le malade se plaignit d'une douleur très-vive à la tête, et, portant la main à son oreille gauche, à son front et sur ses yeux, désigna ces parties comme en étant le siège; puis il ferma les yeux et parut vouloir s'endormir. Nous lui fîmes une série de questions, et à chacune d'elles il répondait par oui ou non, quelquefois même il répétait les paroles qui lui étaient adressées; mais quand il nous arriva de réitérer notre interrogation, il fit presque toujours une réponse différente de la première. Deux fois, par exemple, on lui demanda s'il allait à la garde-robe, et il répondit en second lieu qu'il n'y allait pas du tout, tandis qu'un instant avant il avait dit y aller souvent. Il se plaignit aussi d'avoir depuis long-temps mal à l'oreille; mais il précisa de dix manières différentes l'époque où il fut atteint. Dès lors il était évident qu'il avait compris nos demandes, mais que ses paroles ne pouvaient être regardées comme l'expression certaine des faits; ses facultés intellectuelles paraissant trop faibles pour qu'il réfléchît et répondît d'une manière précise. Du reste il n'y avait pas d'agitation. Cet état d'affaissement n'était ni le délire ni le coma. Le pouls était plein et fréquent, la peau chaude; la langue rouge à la pointe et sur les bords, recouverte à son centre d'un enduit blanchâtre; point de sécheresse; son oreille était le siège d'un écoulement puriforme peu abondant; le con-

duit paraissait obstrué très-profondément par du pus concrété. Saignée au bras de 12 onces, 15 sangsues derrière chaque oreille. Le lendemain la fièvre était moins forte; on prescrivit un bain de pieds sinapisé, de la limonade, et deux verres d'eau de Sedlitz. Le 12 et le 13 même état, même prescription. Le 14 au matin les symptômes paraissent aggravés: coma profond, strabisme, mouvements convulsifs des lèvres, soubresauts des tendons, contraction de la mâchoire inférieure; les narines s'ouvrent à chaque inspiration; le pouls est encore fréquent et dur; les membres sont toujours sensibles et contractiles, et nous nous en assurâmes avec le plus grand soin. Vésicatoires aux mollets et sangsues derrière chaque oreille. Il ne boit plus que quelques gouttes de limonade qu'on approche de ses dents; cet état dure jusqu'au lendemain matin. Après s'être agité et avoir crié pendant quelques instants, le malade expire.

Autopsie, vingt-huit heures après la mort. — L'habitude extérieure ne présente rien de remarquable; le cadavre n'est point amaigri.

Le conduit auditif du côté gauche est oblitéré à son extrémité interne par une sécrétion mucoso-purulente. Sous cet enduit la membrane muqueuse est épaissie, injectée, ecchymosée, et se détache facilement du tissu osseux sous-jacent. Celui-ci est parfaitement lisse, transparent et légèrement teint en rose. Il ne reste pas le moindre vestige de la membrane du tympan. La caisse ne contient plus d'osselets; la membrane qui la tapisse est le siège d'une inflammation très-intense qui se propage dans toute l'étendue de la trompe d'Eustache. Les cellules mastoïdiennes, fort peu développées, sont rouges, et cette coloration a son siège dans la membrane qui revêt leurs parois; le tissu osseux qui sépare les cellules est sain; il en est de même du tissu compacte qui entoure la caisse du tympan; il est légèrement rosé, mais ne présente aucune perforation. A la face interne du crâne la portion de dure-mère qui correspond à la caisse du tym-

pan est altérée dans l'étendue d'un pouce carré environ; elle n'adhère plus au voile, dont elle est séparée par une fausse membrane qui se détache avec elle, laissant à nu le tissu osseux. Celui-ci est lisse, poli, et ne paraît en rien différer du tissu voisin. Dans sa portion altérée la dure-mère a évidemment perdu une partie de son épaisseur; au centre de cette altération on remarque plusieurs perforations.

Dans le point correspondant à la perforation de la dure-mère la substance corticale offre une perte de substance à bords irréguliers, adhérent à cette membrane, et dont le plus grand diamètre est de trois à quatre lignes. Autour de de cette ouverture la substance cérébrale est ramollie, d'un rouge verdâtre; plus loin elle est le siège d'une ecchymose qui s'étend sur les circonvolutions et dans les anfractuosités. Cette ouverture est aussi le point de départ d'un énorme foyer d'inflammation, qui, traversant la substance blanche du côté gauche dans toute son épaisseur, vient aboutir dans le ventricule latéral, correspondant au-dessous et en arrière de la couche optique. Un pus verdâtre, mêlé à un débris de substance cérébrale, d'une odeur qui rappelle celle des macérations, remplit cette caverne accidentelle, les ventricules, et se répand dans la cavité céphalo-rachidienne. La pie-mère, qui recouvre les circonvolutions et les anfractuosités du côté gauche, est le siège d'une inflammation caractérisée par des arborisations, de l'infiltration purulente, et dans quelques points par le ramollissement de la superficie de la substance corticale. L'arachnoïde est parfaitement saine, ainsi que la moelle, la protubérance, les couches optiques et les corps striés. Les parois du ventricule droit sont légèrement enflammées. Du reste l'hémisphère de ce côté paraît sain. Les autres organes n'ont rien présenté de remarquable.

OEsophage interrompu dans sa partie moyenne, la moitié supérieure se terminant en cul-de-sac, et l'inférieure s'ouvrant dans la trachée-artère. — Observation recueillie par M. PANDIÈRE, interne à l'hospice des Enfants-Trouvés.

(Lus à la séance du 20 août.)

Un enfant du sexe féminin, âgé d'un jour, fut apporté le 6 août 1835 à l'hospice des Enfants-Trouvés et déposé à la crèche. On rapporte que presque aussitôt après son entrée, cet enfant fut pris de vomissements fréquents; il rendait, par la bouche des mucosités assez sanguinolentes pour faire dire aux sœurs qu'il vomissait le sang. Le 7 août, jour où nous vîmes la petite malade, ces vomissements existaient encore : les matières rendues étaient des mucosités très-spumeuses et teintes en rouge par du sang. La peau avait une couleur ictérique peu prononcée.

Le 8 même vomissement; les téguments sont froids, le poulx très-petit, la respiration gênée, la face légèrement bleuâtre. Les boissons avalées le plus souvent étaient rejetées aussitôt ou fort peu de temps après l'ingestion. Mort dans la journée du 8.

Autopsie, le 9 au matin. — Enfant bien conformé à l'extérieur, d'une force plus que moyenne, d'une taille de dix-huit pouces trois quarts.

Le cerveau et ses membranes sont sains.

Le larynx, la trachée-artère et les bronches, examinés en place n'offrent d'abord rien qui ne paraisse normal. La muqueuse de la trachée et du larynx présente seulement une couleur un peu rosée; mais cette couleur disparaît entièrement aussitôt que la muqueuse entre dans les bronches.

Le cœur est peu volumineux; il ne présente à noter que la largeur très-considérable du trou de Botal.

Tube digestif. — État sain du pharynx et de la moitié inférieure de l'œsophage. L'estomac est fort petit; ses parois

antérieure et postérieure sont en contact; on ne trouve dans sa cavité que des mucosités en petite quantité et quelques matières brunes qui y sont mêlées. La membrane muqueuse est en bon état. L'intestin grêle a un calibre fort petit, c'est avec peine qu'on introduit dans sa cavité une branche de ciseaux ordinaire. Le gros intestin est aussi peu considérable, surtout dans sa cavité supérieure; le colon descendant, l'S iliaque et le rectum sont plus dilatés; ils contiennent encore une assez grande quantité de méconium. La longueur du canal intestinal est de huit pieds six pouces.

En examinant de nouveau la trachée-artère, je découvris entre les bronches et au niveau de leur bifurcation une très-petite ouverture oblongue, facile à dilater, fermée par un grand nombre de plis dus aux différents tissus qui la circonscrivaient. C'était l'orifice d'un conduit musculo-membraneux, qui n'était autre chose que le bout inférieur de l'œsophage. La moitié supérieure se terminait en cul-de-sac à un pouce au-dessous du larynx, derrière la trachée, parties auxquelles elle n'adhérait que par du tissu cellulaire un peu plus condensé que dans l'état normal.

La moitié inférieure suivait le trajet accoutumé, passait à droite de l'aorte, et venait s'ouvrir comme une troisième bronche dans l'extrémité inférieure de la trachée-artère. On voit à la face interne de la paroi postérieure de la trachée les fibres musculieuses longitudinales plus saillantes qu'à l'état normal, remontant d'une part jusqu'au larynx et de l'autre se continuant avec celles de l'œsophage.

Je ne crois pas qu'on ait jamais trouvé une disposition de l'œsophage analogue à celle que je viens de signaler. Jusqu'à présent, les vices d'organisation qu'on a rapportés montrent une interruption de la continuité du conduit dans un point quelconque de son étendue; mais dans ces cas le bout supérieur et l'inférieur se terminaient également en cul-de-sac.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 4 (3^e SÉRIE) — (Décembre 1835)

PARIS

PAR MM. BELL, VALLEIX, GABRIS, DEMONVILLE,

MAISONNEUVE, MAROTTE ET SONNIE-MORET.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
les mois de Juin, Juillet et Août.*

1. Os intermaxillaire inférieur. — 2. Abscès sous l'apophyse nasale. — 3. Production osseuse. — 4. Destruction spontanée de l'articulation du scapula. — 5. Altération de l'articulation du pied. — 6. Apoplexie de la protubérance. — 7. Tumeur du nerf poplite. — 8. Absence d'iris. — 9. Oedème. — 10. Végétation du larynx. — 11. Blessure de l'aorte. — 12 et 13. Dilatations purulentes du cœur. — 14. Gangrène sénile. — 15. Oblitération veineuse. — 16. Cancer de l'œsophage. — 17. Syphilis. — 18. Oblitération du col de la vésicule biliaire. — 19. Perforation de la vésicule biliaire.
- Nominations faites pendant le trimestre.

1. M. Chassaignac fait remarquer l'os maxillaire inférieur d'un fœtus anencéphale qui présente à son bord inférieur et au-dessous de l'apophyse un osselet triangulaire du volume d'une grosse tête d'épingle lequel remplit l'espace que laisse inférieurement la ligne de suture des deux portions de l'os. M. Chassaignac, qui avait déjà signalé la présence de ce tubercule osseux, propose de lui donner le nom d'os intermaxillaire inférieur.

M. Laurent pense que pour mériter le nom d'os intermaxillaire, il faudrait que cet os occupât toute la hauteur et toute l'épaisseur de l'apophyse du menton, qu'il portât les incisives inférieures, et qu'enfin il ne différât pas de texture avec les os voisins, tels étant les caractères des os intermaxillaires supérieurs. Ici aucune de ces conditions n'est remplie; il est d'avis que c'est un os vomerien, comme il s'en développe ordinairement, os doivent finir par se toucher sur la ligne médiane.

2. M. Valleix met sous les yeux de la Société le parotid gauche d'un enfant d'un mois et demi, sur lequel existait, au-dessus de la base, une tumeur molle, fluctuante, irrégulièrement arrondie, du volume de la moitié d'un œuf de poule, sans changement de couleur à la peau, et autour de

laquelle on sentait très-distinctement un bourrelet saillant, d'une ligne environ, peu étendu en largeur, et offrant à la pression une assez forte résistance. L'ouverture de cette tumeur, faite après la mort, a donné issue à environ une once de pus liquide, d'un blanc sale, sans odeur, et la dissection a fait voir que cette collection purulente était formée entre l'aponévrose et le péri-crâne. Cette dernière membrane était d'un blanc mat, épaisse, considérablement ramollie, et se détachait sans peine de l'os par lambeaux qui se rompaient facilement. Autour de la tumeur, dans les points où l'on avait senti le bourrelet à travers les téguments, on voyait que le tissu cellulaire sous-aponévrotique était rouge, induré, tuméfié, et formait un cordon saillant circulaire; c'est ce cordon qui donnait la sensation du bourrelet.

Ce cas est un de ceux qui pourraient le plus en imposer pour un céphalématome, quoique les auteurs allemands n'en aient pas parlé dans leurs nombreuses recherches sur le diagnostic de cette dernière maladie. M. Val-leix a pris des informations, et a appris qu'en effet la méprise avait été commise. L'enfant était malade depuis vingt-trois ou vingt-quatre jours quand on a aperçu la tumeur pour la première fois; elle avait alors les caractères précédemment indiqués. On a cru que c'était un céphalématome auquel on n'avait pas fait attention jusque là.

L'apparition de la maladie, qui doit avoir lieu plus long-temps après la naissance, la douleur causée par la formation d'un abcès, le développement graduel et plus ou moins lent de cet abcès, comparés au développement rapide du céphalématome, serviront à établir le diagnostic. Quelque résistance qu'ait le bourrelet formé de tissu cellulaire, il n'acquiert jamais la dureté du bourrelet osseux des tumeurs sanguines.

3. M. Mercier présente une production cornée d'environ 5 lignes de long, enlevée du nez d'un vieillard; cette production est exactement semblable, sauf le volume, à celle qui existe chez les rhinocéros. M. Cruveilhier rappelle qu'un médecin des colonies lui a fait cadeau d'une production cornée développée à la région lombaire d'un nègre; cette corne avait à sa base le volume du poing.

4. M. Godin présente l'articulation de l'épaule d'une femme fort âgée chez laquelle on observe de vastes foyers sanguins dans les muscles grand pectoral et deltoïde avec absence de la capsule de l'articulation scapulo-humérale à sa partie antérieure, et épanchement sanguin dans l'intérieur de l'articulation communiquant avec les épanchements des muscles; il semble y avoir atrophie de la cavité glénoïde; la tête humérale, plus volumineuse que dans l'état normal et dépouillée de cartilage dans sa moitié externe, arcboute contre la face inférieure de l'acromion et contre le ligament acromio-coracoïdien. Il n'existe aucune trace du tendon du muscle sous-épineux, qui lui-même est atrophie; le tendon du sous-épineux est incomplètement usé; celui de la longue portion du biceps s'arrête à la partie supérieure de la corne bicipitale; ou il est filiforme. La grosse tubérosité de l'humérus, dépouillée des tendons qui s'y insèrent, offre

à nu sa substance spongieuse ; près de l'extrémité externe de la clavicule on voit une exostose , due probablement au frottement de cet os contre l'apophyse coracoïde ; il y a laxité très-grande de l'articulation acromioclaviculaire ; enfin l'extrémité externe de la clavicule, au lieu de se porter en dehors, se dirige beaucoup plus en arrière que dans l'état ordinaire ; de manière qu'elle paraît plus courte. On n'a point eu de renseignements sur la malade, qui était tombée dans la démence sénile. On a su seulement qu'elle avait fait récemment une chute sur l'épaule.

5. M. Godin présente le pied d'une femme âgée de soixante-six ans, qui il y a huit mois fut affectée d'une fracture du péroné pour laquelle elle fut traitée par l'appareil de Dupuytren. Il resta beaucoup de difficulté dans les mouvements ; la peau prit une teinte rougeâtre livide, se couvrit de taches scorbutiques. Le tissu cellulaire s'engorgea ; il se développa de vives douleurs dans le membre inférieur ; la jambe se fléchit sur la cuisse ; le pied ne pouvait être posé par terre. La malade succomba. A l'autopsie on trouve tous les viscères parfaitement sains, excepté le cœur, qui est petit et mou, très-facile à déchirer. L'articulation fémoro-tibiale est remplie de sang noir en partie coagulé. Les cartilages articulaires sont dans plusieurs points détachés des os. La substance compacte de ceux-ci a disparu ; le tissu spongieux est à nu ; ses cellules sont abreuvées par un liquide rougeâtre ; la pression l'en exprime avec facilité ; il est très-mou, très-élastique, et se déchire au plus faible effort. Cette altération n'existe que dans le quart inférieur du fémur : au-dessus l'os reprend son état normal. L'altération occupe une moindre étendue de l'extrémité supérieure du tibia, elle se retrouve à la partie inférieure de la jambe et aux os du pied. Le tissu osseux est peut-être encore plus mou, plus facile à déchirer et à couper. Les cartilages articulaires sont séparés plus complètement de la surface osseuse ; ils ne paraissent pas altérés dans leur texture ; toutes les parties qui environnent l'articulation paraissent saines ; aussi bien que les os du reste du corps. On n'a pu trouver de traces de la fracture du péroné. Il est à noter que la pression sur les malléoles ou même sur les os du tarse produisait un sentiment non équivoque de crépitation.

6. M. Godin présente un cas d'apoplexie de la protubérance chez une femme de soixante-quinze ans. La mort paraît avoir été instantanée ou du moins très-rapide. On n'a pas observé les symptômes au moment de l'attaque. A l'autopsie on trouva le centre de la protubérance distendu par du sang, et à sa partie latérale droite une déchirure d'environ trois lignes par laquelle du sang s'était épanché à la base du crâne. Le cerveau et le cervelet étaient entourés d'une couche de sang coagulé de plusieurs lignes d'épaisseur ; du reste ils paraissent parfaitement sains. Le ventricule gauche du cœur était fortement hypertrophié. Trente-six heures après la mort il existait une contracture très-considérable des bras.

M. Chassaignac pense que la rapidité de la mort appartient aussi bien à l'apoplexie cérébrale qu'à l'apoplexie de la protubérance. Il en cite un exemple qu'il a observé à l'hôpital de Nantes. Il est d'avis que la mort est

plus spécialement très-prompte alors que le sang s'est fait jour dans les ventricules, a détruit le septum ventriculaire et s'est épanché à la base du crâne.

MM. Andral, Cazalis et Fournet combattent cette manière de voir. Ils pensent que si l'apoplexie cérébrale amène une mort instantanée, ce n'est que dans des cas excessivement rares. Dans celui que cite M. Chassaignac la mort n'est arrivée qu'une heure après l'attaque. Enfin M. Cazalis cite un cas semblable pour la lésion à celui observé par M. Chassaignac : la mort n'a eu lieu que dix-huit heures après l'apparition des premiers symptômes.

M. Maisonneuve fait observer qu'il faut bien distinguer l'hémorrhagie cérébrale qui parvient d'emblée à son summum d'intensité, de celle qui a lieu d'une manière successive. Dans le premier cas la mort est très-prompte ; dans le deuxième elle arrive plus ou moins lentement.

7. M. Ribes présente le membre inférieur d'un individu qui reçut en 1851 un coup de fou par suite duquel la cuisse fut traversée à la partie inférieure et le fémur fracturé. Le malade refusa de se soumettre à l'amputation. Cependant, par suite des vives douleurs que lui causait son membre, il s'y est décidé il y a peu de temps. On a trouvé, à l'examen du membre amputé, les fragments réunis par un cal volumineux et difforme : les muscles sont blancs, décolorés : derrière la fracture se trouve le tronc du nerf poplité qui présente sur le trajet parcouru par la balle une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, formé en partie par le tissu cellulaire fort dense qui environne le nerf et par l'hypertrophie de la substance nerveuse : une dissection attentive fait voir les faisceaux qui composent le nerf s'écartant, augmentant de volume et fermant la plus grande partie de la tumeur. M. Ribes a déjà eu occasion de voir une semblable altération à la suite de la lésion traumatique d'un tronc nerveux.

8. M. Pegot fait voir à la Société un enfant d'une dizaine d'années chez lequel il existe une absence complète de l'iris. Derrière la cornée transparente l'œil paraît d'un noir uniforme ; à la circonférence se dessine un cercle blanchâtre que plusieurs personnes regardent comme le cercle ciliaire ; on n'aperçoit point les procès ciliaires. La vue de cet enfant est fort bonne : comparée à celle de douze enfants du même âge, elle n'a offert aucune différence ; elle est nulle dans l'obacurité. Dans certaines positions l'œil paraît d'un rouge de sang. L'absence d'iris existe des deux côtés au même degré.

— M. Roberty rappelle que M. Stœber, de Strasbourg, a publié un cas semblable dans le 25^e volume des *Archives de Médecine* : tous les autres cas observés jusqu'à présent se trouvent relatés dans le mémoire de M. Seiler sur les vices de conformation des yeux.

10. M. Newton présente la portion gauche d'un gèlre enlevé chez un jeune homme d'une vingtaine d'années. La tumeur, plus grosse que le poing, offre une grande variété d'aspect. Dans certains points elle est osseuse, dans d'autres fibreuse, ailleurs elle a l'aspect de ganglions lymphatiques hypertrophiés et indurés. Plusieurs kystes s'y rencontrent. Quelques-uns, forts petits, ne contiennent qu'un liquide transparent ; mais un autre, de res-

lume d'un œuf, renferme un liquide jaune brunâtre, assez semblable à de la bile, au milieu duquel flotte une grande quantité de paillettes jaunes, brillantes, semblables à de la poudre d'or, que l'analyse chimique a fait reconnaître pour de la cholestérine. L'artère thyroïdienne inférieure avait le volume d'une grosse plume.

10. M. Barth présente le larynx d'un homme de trente ans, ayant eu la syphilis et portant encore des traces de pustules sur le menton, malade, depuis quatre mois, lors de son entrée à l'hôpital, qui fut pris à cette époque d'une toux d'abord sèche et rare, ensuite continue et accompagnée d'une expectoration dont il ne peut indiquer les caractères. A son admission il était pâle, amaigri, avait la voix rauque, la respiration un peu sifflante; mais l'examen de la poitrine ne fit découvrir aucun signe de tubercules. Six jours après son entrée, la dyspnée devint beaucoup plus intense, et ses progrès toujours croissants nécessitèrent la laryngotomie. La respiration fut d'abord plus facile; mais le lendemain il survint du délire, et le malade succomba quarante-huit heures après l'opération. A l'autopsie on trouva un gonflement jaunâtre et ferme de la membrane muqueuse qui revêt l'épiglotte, ainsi que des cordes vocales et des replis arythéno-épiglottiques, résultant d'une infiltration gélatineuse du tissu cellulaire. A la face antérieure des cartilages arythénoïdes existait une tumeur d'un rouge pâle, à surface inégale, formée de l'agglomération de plusieurs petites tumeurs secondaires et assez semblable à une végétation vénérienne, du volume d'une amande, faisant saillie en avant de manière à boucher la moitié postérieure de l'ouverture de la glotte. Le bord postérieur et supérieur du cartilage cricoïde était friable, érodé, détruit en partie ainsi que la base du cartilage arythénoïde du côté droit. A ce point venait aboutir l'orifice supérieur d'un trajet fistuleux double, qui contenait quelques fragments de cartilage nécrosé, et qui, traversant obliquement de haut en bas la paroi antérieure de l'œsophage, s'ouvrait à l'intérieur de ce conduit, à un pouce plus bas, par une ulcération de six lignes sur trois, dont les bords décollés laissaient derrière eux une espèce de cul-de-sac contenant aussi deux petits fragments de cartilage ossifié. M. Bérard fait remarquer l'augmentation du canal de la trachée, qu'il attribue à la gêne de la respiration.

11. M. Loguey présente l'aorte et l'artère axillaire d'un jeune homme tué en duel. La balle avait pénétré à la partie supérieure et intérieure de la poitrine du côté droit, puis s'était dirigée à gauche et un peu en arrière, et s'était arrêtée en dedans de l'humérus gauche. L'artère axillaire droite avait été coupée dans toute son épaisseur; puis la balle ayant rencontré l'aorte au-dessus de son grand sinus, et avant qu'elle ne fournisse le tronc innommé, l'avait incisée dans la moitié de sa circonférence aussi nettement qu'eût pu le faire un instrument tranchant. Le côté droit de la poitrine ne contenait point de sang; mais le côté gauche était rempli par ce liquide. La mort avait été instantanée.

12. M. Guénard présente le cœur énormément hypertrophié d'une femme de quarante-cinq ans. On trouve dans les deux ventricules plusieurs masses

rougeâtres, arrondies, adhérentes aux parois des cavités, et au centre desquelles existent de petites collections purulentes. Au-dessous de ces tumeurs on rencontre la membrane interne du cœur parfaitement saine, ce qui ne peut laisser de doute que le pus ne se soit formé au centre de caillots. Aucun obstacle n'existe aux ouvertures ventriculaires ou artérielles. La femme qui portait cette altération avait présenté de la gêne dans la respiration, et un bruit de souffle très-marqué correspondant au premier bruit du cœur. Les reins du même sujet présentaient une altération singulière de couleur et de consistance de la substance corticale. Elle est d'un jaune blanchâtre, assez friable, et offre des plaques plus molles et plus blanches. M. Cruveilhier est disposé à voir dans ce cas une infiltration purulente de la substance corticale du rein. Peut-être n'est-ce que du sang infiltré et décoloré.

13. M. Nivet présente les veines du membre inférieur gauche d'un homme de trente ans, qui avait eu de fréquentes hémorrhagies bronchiques et stomacales. Il portait à la partie postérieure et moyenne du mollet, du côté gauche, un vésicatoire qui le faisait beaucoup souffrir. Il y avait eu dans les derniers temps œdème de tout le membre inférieur gauche et de la partie correspondante de l'abdomen, et douleurs dans ces parties. A l'autopsie on rencontre dans la veine iliaque primitive un caillot jaunâtre, adhérent à la paroi postérieure du vaisseau, près de la veine cave. A son centre on trouve un liquide blanc, jaunâtre, avec une légère teinte lie de vin, qui paraît être du pus. Toutes les branches de la veine iliaque et hypogastrique sont remplies par des caillots colorés en rouge noir, plus mous au centre qu'à la circonférence, non adhérents aux parois des veines, lesquelles n'offrent pas la moindre trace de rougeur ou d'altération. Les cavités droites du cœur sont occupées par deux caillots non adhérents, au centre desquels on trouve une matière blanchâtre, opaque et du pus bien formé. Il existe une anémie générale. Aucun abcès dans le foie, les poumons ou le cerveau. Le rein du côté gauche présente une dilatation considérable des calices, avec atrophie de la substance propre de la glande; les calices sont remplis par un liquide séro-purulent; l'un d'entre eux contient un calcul de la grosseur de l'extrémité du petit doigt. Un autre calcul existe dans le bassinet, et enfin on en rencontre un troisième moins volumineux dans la vessie. Le malade avait rendu pendant la vie des urines blanchâtres, opaques, fétides, fournissant un dépôt abondant de pus mêlé à du mucus.

14. M. Mercier présente un cas de gangrène sénile du membre inférieur gauche, s'étendant depuis les orteils jusqu'au genou. La maladie s'était développée chez une femme de soixante-quinze ans. Les artères du membre inférieur sont oblitérées par un caillot dense et adhérent, depuis l'orifice de la crurale profonde jusqu'à la partie inférieure de la jambe; au-delà leur cavité est libre. La membrane interne est rouge, ramollie, présentant quelques plaques calcaires peu nombreuses et d'un petit volume. La membrane externe est également plus rouge et plus épaisse que dans l'état

normal. Toutes les veines sont oblitérées par un caillot noirâtre, fort dense mais non adhérent. Les parois veineuses ne paraissent pas malades. On a trouvé dans l'S iliaque une accumulation considérable de matières fécales.

15. *M. Barth* présente un cas d'oblitération des veines du membre inférieur gauche s'étendant jusqu'à l'iliaque commune. Les veines sont occupées par un caillot adhérent à leurs parois : ce caillot est peu consistant, si ce n'est vers le milieu de la cuisse, où il présente une augmentation notable de densité. La veine crurale est d'un assez petit volume ; mais la musculaire profonde qui naît ici de la poplitée et qui se réunit près du pli de l'aîne à la crurale superficielle a un volume à peu près double de celui de cette dernière. La veine profonde suit dans la plus grande partie de son trajet la direction du nerf sciatique. Cette pièce a été rencontrée chez un jeune homme de trente-six ans, affecté de phthisie pulmonaire, qui dix jours avant sa mort présenta une douleur vive de la cuisse gauche, puis un œdème de tout le membre inférieur du même côté.

16. *M. Vernois* présente un exemple de cancer ulcéré de la partie moyenne de l'œsophage, avec communication dans la bronche gauche. La partie ulcérée est parsemée de végétations volumineuses qui obstruaient le canal œsophagien. Cependant il n'y a pas oblitération ; une sonde passe facilement. Au-dessus et au-dessous de la partie ulcérée on trouve dans la muqueuse et au milieu du tissu cellulaire de nombreuses masses cancéreuses ; mais elles sont d'un petit volume. Cette altération existait chez un homme de cinquante-quatre ans qui présentait des symptômes de cancer de l'estomac ; vomissements peu de temps après l'ingestion des boissons, quelquefois de matières noires ; les vomissements se faisaient par regurgitation.

Une discussion s'élève sur le point de départ de la maladie. Elle paraît avoir débuté par les ganglions bronchiques et le tissu cellulaire sous-muqueux de l'œsophage. Celui-ci au niveau de la masse cancéreuse a été déjeté à gauche, et ses parois ne paraissent détruites qu'à la partie antérieure ; de sorte que là existe une espèce de poche à la partie gauche et inférieure de laquelle se trouve la continuation du canal œsophagien, qui se trouve bouché par des végétations volumineuses.

17. *M. Tessier* soumet à l'examen de la Société un foie affecté de cirrhose à l'état de crudité, trouvé chez un homme mort de phlébite spontanée, et qui n'avait point d'ascite. Le foie avait conservé son volume normal. Ce fait prouve d'une manière péremptoire que la cirrhose n'est point un résultat de la compression du foie par un liquide épanché dans le péritoine, et que cette altération peut être portée à un haut degré sans entraîner d'ascite.

18. *M. Godin* présente une oblitération du col de la vésicule biliaire par un calcul globuleux du volume d'un pois. La cavité de la vésicule était remplie par un liquide jaunâtre et filant, semblable à de la synovie. Le même membre présente aussi un cas d'atrophie de la vésicule, avec obli-

ration de son vol par de petites tumeurs encéphaloïdes, placées dans le tissu cellulaire qui l'unit au foie. La cavité de la poche est fort petite, et contient un liquide blanchâtre et visqueux.

19. M. *Husson* présente un cas de perforation du sommet de la vésicule biliaire, avec épanchement de bile dans le péritoine chez un enfant de huit ans, sur lequel on n'a d'autres renseignements, sinon que depuis trois semaines il a de la fièvre, des vomissements, du dévoiement, de la toux, et depuis huit jours à peu près du délire, et des taches pétéchiales sur les membres inférieurs; le ventre gros et extrêmement douloureux. Il mourut deux heures après son entrée à l'hôpital. On voit à l'autopsie un épanchement d'un litre et demi au moins de bile très-liquide dans la cavité du péritoine; des fausses membranes cellulenses, lâches, entre lesquelles existe du pus, réunissent la face convexe du foie et le diaphragme. Le foie est sain, mais la vésicule biliaire vide, aplatie, d'une couleur généralement grise, marbrée de petites ecchymoses violettes, présente à son sommet une grosse veine gorgée de sang, et une perforation par laquelle la bile s'est échappée. Cette perforation, large au plus comme un tuyau de plume, et placée tout-à-fait au sommet, semble le résultat d'une vive inflammation développée à l'intérieur de la vésicule; la membrane muqueuse est molle et même détruite au sommet; cette perte de substance semble avoir gagné successivement les autres couches membranenses, de dedans en dehors; de telle sorte que la muqueuse a perdu environ un pouce carré, et la péritonéale une ligne carrée seulement. Les conduits hépatique et cholédoque sont libres; mais le canal cystique, à un demi-pouce au-dessus de sa jonction avec le canal hépatique, paraît oblitéré complètement, et transformé en un cordon blanc, fibreux, dans lequel M. *Husson* n'a pu introduire une épingle. La rate et l'estomac sont sains; dans les derniers 18 pouces de l'intestin grêle existent des plaques de Peyer volumineuses, violettes, criblées de petites ulcérations. Le gros intestin n'a pas semblé malade.

La Société a admis au nombre de ses membres adjoints :

MM. Laborie, Leriche, Béniqué et Desir, dans la séance du 4 juin; Donné le 18 juin; Fleury le 30 juillet; Grellois le 13 août; Roger, Landouzy, Husson, Calle, Larget-Piet, le 20 août; Padieu le 27 du même mois, et Forget le 3 septembre.

Grossesse tubaire. — Mort par hémorrhagie, à trois mois et demi de grossesse. — Observation communiquée par M. CAZEAUX, D. M. P., interne des hôpitaux.

La nommée André (Rose) entra à l'hôpital le 10 avril 1834.

Mariée pour la seconde fois, cette femme n'a jamais eu d'enfants; elle a toujours joui d'une bonne santé. Cinq jours avant son entrée elle ressentit dans l'hypogastre des douleurs d'abord sourdes, mais qui devinrent de plus en plus prononcées, et l'obligèrent à venir à l'Hôtel-Dieu: nous la vîmes la première fois le 11 avril. Elle nous dit alors qu'elle se croyait enceinte de trois à quatre mois, n'ayant pas été réglée depuis cette époque, et qu'elle ne connaissait pas de cause aux douleurs qu'elle ressentait. Du reste nous la trouvâmes dans l'état suivant: teinte jaune paille de la peau; expression de souffrance; langue un peu sèche; poitrine saine; ventre d'un volume naturel, mais excessivement douloureux dans sa partie inférieure. La pression augmenta beaucoup les douleurs; elle fait reconnaître dans l'hypogastre une tumeur qui s'élève un peu au-dessus du pubis, mais qui ne ressemble en rien à une matrice développée par le produit de la conception. C'est surtout en cet endroit que la pression est excessivement pénible: le pouls est petit, accéléré, frémissant; légère chaleur fébrile. Par un fâcheux concours de circonstances, cette femme fut examinée avec très-peu de soin: on crut d'abord à l'existence d'une péritonite chronique; on se contenta d'employer quelques antiphlogistiques et quelques émollients; et malgré ce qu'avait une fois dit la malade, on ne crut pas à sa grossesse. Ce qui confirma encore dans cette erreur de diagnostic, c'est que les premiers moyens employés, tels que sangsues, bains, cataplasmes, régime, calmèrent beaucoup les douleurs; mais les pressions hypogastriques les réveillaient pour deux ou trois jours. Cette femme vécut ainsi, avec des alternatives de mal et de mieux, jusqu'au 4 mai. Ce jour-là, vers 6 heures du matin, elle fut tout-à-coup et sans cause connue prise de convulsions. A la visite, elle était dans une agitation extrême; une sueur froide couvrait tout son corps. Le pouls était faible, la face altérée beaucoup plus qu'à l'ordinaire. La malade délirait par moments. Dans ceux où

elle paraissait avoir sa raison, elle demandait à tous ceux qui l'approchaient de la sauver, disant qu'elle allait mourir. Ses convulsions devinrent plus fortes à 9 heures; elle mourut à midi. (Nous n'avons donné ces détails fort incomplets que sur nos souvenirs; car, ne soupçonnant pas l'état de la malade, nous n'avions pris aucune note pendant sa maladie.)

Autopsie, trente-six heures après la mort. — Aspect cadavérique. Teinte jaune de la peau, raideur cadavérique peu marquée.

Tête. Rien.

Poitrine. Le cœur était mou et flasque. Le ventricule gauche vide et contracté : le ventricule droit contenait quelques caillots. Poumons sains.

Abdomen. Les parois abdominales étaient légèrement distendues. Lorsqu'on les incisa, il s'échappa une grande quantité de sérosité sanguinolente. Après les avoir renversées, on vit toute la cavité péritonéale remplie de sang liquide ou solide. Le petit bassin, les flancs, les hypochondres même étaient occupés par l'épanchement. Il y avait à peu près 4 ou 5 livres de sang. A la partie antérieure du sacrum, un peu à droite du rectum, on aperçut une tumeur du volume d'une grosse poire, à base inférieurement située. Cette tumeur était recouverte de caillots noirâtres; une anse de l'intestin grêle adhérait à la partie gauche et supérieure, l'appendice cœcal à la partie postérieure et inférieure. Ces adhérences étaient constituées par du sang coagulé. Il fut facile de les détruire. Mais l'intestin grêle entraîna une petite masse charnue, granuleuse, inégale, qui laissa à découvert une membrane fine, lisse et transparente. Cette membrane avait la forme d'un kyste, et sa transparence permettait de voir un fœtus nageant dans la liqueur amniotique. Ce kyste ou plutôt cet œuf avait les rapports suivants : il était situé au-devant et dans la courbure du sacrum, à droite du rectum, qu'il avait légèrement repoussé à gauche; au-dessus flottait l'anse d'intestin grêle qui lui adhérait; à droite et infé-

rieurement était l'ovaire droit; à droite et en avant se trouvait la matrice, qui semblait avoir été repoussée de ce côté par la tumeur. D'après cette disposition on crut d'abord que la trompe gauche était le siège de la grossesse extra-utérine; mais, en examinant, on vit que la trompe droite se recourbait de droite à gauche et en arrière de la matrice, pour venir en s'épanouissant recouvrir l'œuf; tout-à-fait en avant était la vessie. Après avoir injecté la pièce on la disséqua : le corps du pubis fut enlevé, et la paroi supérieure du vagin incisée. Le col de la matrice avait 1 pouce et demi de longueur sur 8 à 10 lignes d'épaisseur. Le museau de tanche était assez ouvert pour qu'on pût y faire pénétrer le petit doigt, et laissait suinter un liquide brun et filant; mais l'orifice interne du col ne permettait pas au doigt de passer. Le col en entier était courbé à angle droit sur le corps de la matrice, qui était redressé par la tumeur.

Les parois de la matrice avaient 8 lignes d'épaisseur; elles offraient à peu près la structure fibreuse d'une matrice vide : seulement les vaisseaux y étaient plus volumineux. La cavité, double de ce qu'elle est dans l'état normal, contenait une membrane spongieuse et comme charnue, d'une demi-ligne d'épaisseur, qui n'était autre chose que les débris de la caduque : on n'a pu y découvrir aucune trace d'organisation vasculaire. Après avoir incisé la corne droite de l'utérus on poussa une soie dans l'orifice de la trompe correspondante; on put bien la faire arriver jusqu'au milieu de son trajet, mais là elle se trouva arrêtée par une oblitération complète. On incisa la trompe immédiatement au-dessus de cet obstacle, et on put y faire passer de nouveau une soie, que l'on poussa facilement jusqu'à l'endroit où la trompe, s'évasant en entonnoir, embrassait la tumeur. On procéda alors à la dissection de la tumeur elle-même : on rencontra d'abord une membrane résistante formée par l'épanouissement de la trompe; cette membrane, parfaitement organisée, recevait par sa partie droite et postérieure une grosse branche de

l'artère ovarique, qui venait se ramifier dans son épaisseur. Au-dessous de cette première membrane s'en trouvait une autre villose, tomenteuse, déchirée ainsi que la première à sa partie supérieure et gauche. Les villosités celluluses et vasculaires, l'aspect chevelu qu'elles offraient dans certains points et qui étaient très-apparents lorsqu'on les soumettait à un filet d'eau, nous firent reconnaître le chorion. A la partie supérieure droite il avait une épaisseur plus grande que dans tout le reste de son étendue. Cette épaisseur était due à la présence du placenta, qui, développé en cet endroit, s'irradiait en s'amincissant sur la presque totalité de la tumeur.

L'injection était arrivée jusque dans le placenta : on l'y trouva sous forme de caillots placés dans l'épaisseur du tissu qui constituait ce gâteau vasculaire. Nous avons vainement cherché par quel ordre de canaux elle avait pu y arriver, il nous a été impossible de constater aucune communication vasculaire directe entre les parois de la trompe et du placenta. Cette membrane chorion, villose, inégale et chevelue à sa face externe, était très-lisse à sa face interne. De cette face interne partait une foule de petits linéaments cellulux qui semblaient s'unir à la membrane située au-dessous. Il a même été très-facile de suivre à l'œil nu deux petits vaisseaux qui, partant du placenta, venaient sur l'amnios, contournaient cette membrane et semblaient s'y perdre. Au-dessous du chorion existait une troisième membrane fine, lisse et transparente : c'était l'amnios. Après l'avoir incisée, on trouva, nageant dans le liquide amniotique, un fœtus de quatre mois très-bien conservé. Le cordon ombilical, long de 6 pouces, venait se rendre à la partie supérieure de la membrane amnios, avec laquelle il se confondait et se continuait.

Reflexions. Levret avait avancé que dans les cas de grossesse extra-utérine le volume de la matrice augmentait beaucoup; plus tard Baudelocque nia cette assertion, en

ajoutant que, si cette augmentation existe, elle ne doit être bien apparente que dans les cas où le placenta a quelques rapports avec ce viscère. Le fait que je viens de décrire détruit entièrement cette dernière opinion et confirme celle de Levret. Je ferai remarquer que, conformément encore à ce qu'a dit ce dernier auteur, le développement de la grossesse tubaire dans une des parties latérales du bassin ne peut pas être un signe certain de diagnostic, comme le veut Baudeloque, puisque dans ce cas la tumeur était tout-à-fait détruite dans la région médiane.

La membrane caduque s'était développée dans l'intérieur de la matrice. Ce fait est conforme à l'opinion généralement admise; car, suivant les embryologistes, la formation de la membrane caduque précède de sept à huit jours l'arrivée de l'ovule dans l'utérus.

L'œuf s'est développé dans la cavité de la trompe jusqu'au quatrième mois de la grossesse. A cette époque une rupture a eu lieu; une hémorrhagie s'en est suivie, et la malade a succombé. Telle est la terminaison la plus fréquente des grossesses extra-utérines. Lorsque l'œuf se développe dans la matrice, les parois de cet organe ne perdant en se dilatant rien de leur force de résistance; suivant même quelque physiologistes, elles acquièrent une épaisseur plus considérable, et toujours au moins s'y développe-t-il des fibres musculaires dont l'action augmente encore cette résistance des parois. Rien de pareil n'a lieu dans les grossesses tubaires. Loin de gagner en épaisseur, les parois de la trompe s'amincissent en se dilatant, de telle sorte qu'il arrive une époque où elles ne peuvent plus se prêter assez au développement de l'œuf, et où la rupture a le plus souvent lieu. A cette cause d'hémorrhagie dans les grossesses tubaires on peut en ajouter une autre non moins puissante. Il est très-peu de femmes chez lesquelles la grossesse ne détermine un état de pléthore vers les organes utérins; chez quelques-unes même la conception seule détermine des congestions assez

puissant pour développer un gonflement anévrysmatique ou des vaisseaux variqueux qui se rendent à la trompe ou à l'ovaire, et dans certains cas ces vaisseaux se crèvent et donnent lieu à une hémorrhagie mortelle. Alphonse Leroy en rapporte deux exemples. Ces cas sont heureusement fort rares ; mais ce qui est, comme je l'ai dit, très-ordinaire, c'est l'état de congestion des organes de la génération, qui se manifeste chez presque toutes les femmes enceintes. Lorsque l'œuf s'est développé dans la matrice, et que, sous une influence quelconque, un afflux trop considérable de sang a lieu vers cet organe, ce liquide décolle le placenta ou une partie des membranes ; et, soit que ce décollement détermine un avortement ou une simple hémorrhagie, toujours est-il que le sang épanché peut facilement s'écouler au dehors, et que la force qui le pousse n'a pas d'action directe qui puisse concourir à la rupture de la matrice ou des membranes. Mais que les mêmes phénomènes se passent dans un cas de grossesse tubaire, que tout-à-coup le sang se porte avec force vers l'endroit où siège le fœtus, qu'il s'épanche par exemple entre les parois de la trompe dilatées et amincies et le chorion, ou bien seulement dans l'épaisseur du placenta, il est évident qu'alors, ne trouvant pas d'issue au dehors, il réagira avec toute la force d'impulsion qu'il a reçue contre les parois de la trompe déjà très-amincie par la dilatation, et la rupture aura nécessairement lieu. Telles sont les deux causes qui me paraissent déterminer la fréquence de l'hémorrhagie comme terminaison des grossesses tubaires. On peut, je crois, déduire de ces réflexions une conséquence pratique assez importante. Dans ce que les accoucheurs appellent *pléthore utérine*, dans les cas où ils craignent, d'après l'apparition de certains symptômes, que ce sang, en se portant avec trop grande abondance vers l'utérus, ne détermine une fausse couche, ils conseillent de faire quelques saignées révulsives. Si on était parvenu à reconnaître une grossesse extra-utérine, et que par conséquent on eût à craindre une hémorrhagie, on pourrait, je

crois, dans le but de combattre la seconde cause que j'ai indiquée, pratiquer à la malade plusieurs saignées, d'autant plus qu'on n'aurait pas à craindre ici la mort de l'enfant : car c'est au contraire ce qui pourrait arriver de plus heureux.

La terminaison des grossesses tubaires n'est pas toujours aussi fâcheuse que dans le cas que je rapporte : quelquefois l'enfant et ses enveloppes se dessèchent ; et des femmes ont porté de pareilles tumeurs pendant l'espace de vingt et quarante ans (Morand, Baudelocque). D'autres fois la trompe, sans se déchirer, contracte des adhérences avec les parties voisines ; il se forme des espèces de sacs, qui peu à peu se percent d'ouvertures, lesquelles établissent avec le canal intestinal ou les voies urinaires des communications par où les débris du fœtus peuvent être expulsés, et la femme guérit. Littre, Amand, Bonnie, parlent de fœtus de trois mois ainsi expulsés par les garde-robes ; d'autres faits pareils sont encore épars dans les auteurs. Enfin Baudelocque rapporte qu'un fœtus de sept mois révolus fut expulsé par les mêmes voies.

Enfin je ferai remarquer que l'œuf était entier, puisque la membrane amnios était intacte ; ce fait, que je n'ai pas vu noter dans la plupart des observations, me paraît assez curieux pour mériter une mention particulière.

Grossesse tubaire. — Mort par hémorrhagie interne. — Observation recueillie par M. DUPRÉ, interne des hôpitaux.

(Lue dans la séance du 11 mars 1834.)

La nommée Génin, âgée de trente ans, d'une forte constitution, centurière, ayant eu deux enfants encore vivants, jouissait d'une très-bonne santé, lorsque dans la journée du 9 février elle éprouva une émotion morale très-vive ; quelques heures après, à huit heures du soir, elle sentit du frisson et

quelques coliques légères qui en peu de temps devinrent très-vives. A dix heures, les souffrances étant très-grandes, elle descendit un étage pour demander du secours, remonta de suite chez elle et se jeta sur son lit. A l'arrivée des voisins, elle se plaignait de coliques atroces, avait des mouvements convulsifs, poussait des cris, et disait à ceux qui l'entouraient que sa fin était prochaine. On lui fit respirer de l'éther; et, comme on connaissait les contrariétés qu'elle avait éprouvées dans la journée, on crut qu'elle s'était empoisonnée, et on la transporta à l'hôpital de la Pitié, où elle fut reçue à onze heures et demie du soir.

Elle était alors pâle, froide; le pouls était à peine sensible; elle se plaignait de douleurs atroces dans l'abdomen, poussait de temps en temps des cris, et avait des convulsions et des syncopes. Cet état dura jusqu'à cinq heures du matin, où elle mourut assez tranquille.

On ne lui administra qu'une potion anti-spasmodique et de la solution de gomme pour étancher sa soif, qui paraissait assez vive.

Ces détails sont incomplets, mais il m'a été impossible d'avoir des renseignements plus exacts. J'ai appris de plus que cette fille depuis environ deux mois vivait avec un jeune homme qu'elle devait épouser.

Autopsie, vingt-sept heures après la mort. — Le cadavre bien-conformé et extrêmement pâle; les chairs sont fermes, les seins assez volumineux, très-fermes et ne contenant pas de lait.

Cerveau pâle, d'une consistance normale; les membranes ne sont pas injectées, et les sinus de la dure-mère ne contiennent pas de sang.

Poitrine. Cette cavité ne renferme aucun liquide; les poumons sont sains, crépitants, non gorgés de sang, et parfaitement libres dans la cavité thoracique.

Le cœur, d'un volume ordinaire, est pâle, flasque, et son ventricule droit contient un petit caillot.

La *bouche*, l'*œsophage*, ne présentent aucune altération : seulement la muqueuse est très-pâle.

L'*estomac* et le reste du canal digestif sont pâles, non ramollis, et contiennent un peu de liquide que l'on ne crut pas devoir faire analyser. Le foie, la rate et les reins n'offrent rien d'anormal. Le petit bassin était rempli par un caillot sanguin, noirâtre, qui remontait jusque dans les fosses iliaques; le reste de la cavité abdominale contenait deux ou trois litres de sang noirâtre, fluide, dans lequel les intestins étaient plongés. La cavité abdominale fut nettoyée avec soin du sang et des caillots qui la remplissaient, pour permettre de découvrir la source de l'hémorrhagie. Le péritoine était sain : la veine cave, la veine porte, l'aorte et les divisions de ces vaisseaux ne présentaient aucune rupture. La matrice, dont la position était naturelle, avait trois pouces cinq lignes dans son diamètre longitudinal, vingt-sept lignes dans le diamètre transversal à son fond, dix-sept lignes environ au col. L'épaisseur de chaque paroi était de quinze lignes au corps et huit au col; son tissu était ferme, pâle, d'un blanc jaunâtre. La membrane interne de l'utérus était épaisse, consistante; elle présentait une fort belle injection, et semblait se prolonger vers la cavité, sous forme de filaments; dans la cavité du col elle ne présentait pas le même état; elle était pâle et continue avec celle du vagin. Nous n'avons remarqué rien qui ressemblât à la membrane caduque; l'ouverture du col était libre ainsi que les ouvertures utérines des trompes. Les ovaires volumineux, pâles, ne présentaient rien de particulier, sinon un petit kyste rempli de sérosité liquide qui existait sur celui du côté droit; les trompes étaient libres, flottantes dans le petit bassin; la droite ne présentait rien de particulier; mais au milieu de la gauche, à distance à peu près égale du pavillon et de la cavité utérine, existait une petite tumeur de la grosseur d'une amande. En introduisant un stylet dans le pavillon de la trompe, on pouvait s'assurer que la tumeur siégeait dans le

conduit même de la trompe, dont les parois servaient de kyste. A peu près au centre et sur la face supérieure de la tumeur existait une petite ouverture à peu près ronde, à bords frangés et dont le diamètre avait environ deux lignes. Cette ouverture, dont les bords ne paraissaient pas ramollis, était bouchée par un petit caillot sanguin, qui, après avoir été enlevé, laissa voir dans le fond un corps rougeâtre. On incisa alors avec précaution les parois de la trompe qui formaient le kyste, et on arriva sur un corps mou, spongieux, rougeâtre, séparé des parois de la trompe par des caillots sanguins, et présentant l'apparence du placenta. Ce corps, qui enveloppait la tumeur de toutes parts, fut incisé dans son plus grand diamètre, et un lambeau détaché et rejeté de côté permit d'apercevoir une vésicule, contenant un liquide transparent, au milieu duquel était un embryon, recourbé sur lui-même sans former un cercle complet. Selon M. Velpeau, qui le vit, il avait de trente à quarante jours; sa longueur était de huit à dix lignes s'il eût été redressé. On pouvait distinguer les membres et la tête. Au centre de la courbure formée par l'embryon existait un petit corps rougeâtre, finement injecté, qu'il était facile de distinguer de l'embryon qui était d'une blancheur remarquable et paraissait tout-à-fait sain; ce qui semble prouver que l'hémorrhagie ne dépendait pas d'une maladie du fœtus. Le désir de montrer à la Société la pièce intacte m'a fait renoncer à la dissection de ses diverses parties, et ne m'a pas permis de m'assurer si la trompe était oblitérée entre l'œuf et l'utérus.

Production cornée, développée à la face. — Observation présentée par M. LANDOUZY, élève des hôpitaux.

(Lue à la séance du 6 août 1835.)

Les annales de la science renferment un assez grand nom-

bre d'exemples de cornes accidentellement développées chez l'homme ou chez la femme ; mais la plupart de ces observations étant incomplètes et laissant à désirer des détails, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de présenter à la Société une de ces productions accompagnée de l'histoire complète de son développement.

Madame veuve Paroissien, d'Épernay, âgée de quatre-vingt-six ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament nerveux, et affectée d'une amaurose congénitale de l'œil droit, n'avait jamais été malade, lorsqu'il y a environ vingt-un ans elle éprouva à la joue gauche des démangeaisons assez vives, qui avaient pour siège une tache blanche, survenue depuis peu de temps et située vers l'union de l'os malaire avec le maxillaire supérieur. Cette tache, de la largeur d'une grosse lentille, légèrement convexe, attira l'attention du médecin par sa persistance et son aspect particulier, qui ne permettait de la rattacher à aucune dermatose connue. La malade l'humectant et la grattant sans cesse pour la faire disparaître, elle devint peu à peu plus étendue, et bientôt, sous l'influence de cette irritation continue, elle fit à la surface de la peau une saillie assez considérable, et parut à la fin de la première année sous la forme d'une croûte très-dense, dont on ne pouvait bien déterminer la nature.

La peau était parfaitement mobile sur les os, et n'offrait dans le voisinage aucun changement ni de couleur ni de texture : seulement une légère auréole rougeâtre semblait marquer la limite des parties altérées. Cette production croissant toujours, mon père, médecin de la malade, lui proposa plusieurs fois de détruire la corne par une ligature si l'instrument tranchant lui causait trop d'effroi ; mais aucune considération ne put l'emporter sur ses craintes, et au bout de cinq ans la végétation avait l'apparence d'une véritable corne, et défigurait tellement la malade qu'elle ne quitta jamais son appartement. Cette corne descendait obliquement, en passant près du nez,

qu'elle ne touchait pas, jusqu'au-dessous de la lèvre inférieure; de sorte que la malade était obligée de la lever avec la main pour prendre sa nourriture; et, malgré ces précautions, j'ai vu souvent l'extrémité de cette excroissance plonger dans le verre ou la cuiller pendant ses repas. Enfin, au bout de dix ans, la végétation avait à peu près les dimensions qu'elle présente aujourd'hui; non que son accroissement ait cessé alors; mais, outre l'exfoliation continuelle du sommet, cette femme fut souvent vue coupant l'extrémité inférieure de sa corne avec les dents ou avec un canif. Aucune autre partie du corps ne présente des productions semblables; et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que les parties de la face qui sont ordinairement chez les vieilles femmes le siège d'un accroissement très-marqué dans le système pileux sont entièrement glabres. Du reste, dans ce long intervalle qui s'écoula entre la naissance et la chute de la corne, il n'y eut rien à noter de particulier, si ce n'est cet accroissement insensible et régulier dont je viens de parler, et que la malade détruisait régulièrement aussi par ses manœuvres; lorsque le 15 juin dernier, une légère inflammation, accompagnée de douleurs assez vives, se manifesta autour de la végétation: des topiques émollients et opiacés furent prescrits; la corne parut ébranlée et mobile sur la peau; et le lendemain matin la malade, voulant boire, souleva comme à l'ordinaire son excroissance, qui lui resta dans la main. L'inflammation n'avait pas dépassé l'aurole rougeâtre qui séparait les parties malades des parties saines, il n'y avait aucune trace de suppuration, et la corne tombée paraissait seulement avoir été détachée de sa propre substance, la partie qui reste étant tout-à-fait de même nature; il est même probable qu'une nouvelle excroissance va surgir de cette base cornée, car déjà depuis un mois et demi la saillie est augmentée de cinq ou six lignes. L'inflammation éliminatoire ne détermina pas d'adhérence à l'os de la pommette, et ce qui reste de la corne suit très-facilement

les déplacements de la peau. Cette végétation une fois isolée a pu être mieux examinée : elle a quatre centimètres de longueur, sur deux et demi de largeur et deux d'épaisseur. Sa densité, mesurée avec l'aréomètre de Nicholson, est de 1, 10. Elle présente une face supérieure convexe dans les deux sens, sillonnée dans toute sa longueur par des stries longitudinales et ayant tout-à-fait l'aspect d'une corne de bélier; une inférieure, concave dans le sens antéro-postérieur, composée de trois nervures assez saillantes, séparées par des rainures peu profondes. Des deux extrémités, l'inférieure ou libre est creusée d'un cul-de-sac assez profond, à parois irrégulières, rougeâtres et comme racornies; la supérieure ou adhérente, ne présentant rien à considérer qu'une surface plane, régulière et lisse, c'est d'elle que j'ai cru devoir retrancher ce qui m'était nécessaire pour en faire l'analyse. En effet, si la chimie des tissus peut éclairer la science, c'est surtout en anatomie pathologique : les véritables caractères qui distinguent les uns des autres les principes organiques et surtout ceux du règne animal sont, il est vrai, trop peu connus pour qu'on puisse se prononcer d'une manière formelle sur leur nature; mais encore est-il certains caractères importants qu'on peut, même sans une grande habitude, saisir assez facilement. Dans le cas présent il s'agissait de savoir si à la surface de la peau il pouvait être sécrété une autre substance qu'une substance épidermoïde. N'ayant pu opérer que sur de petites quantités de matière, pour ne pas trop altérer la forme de la pièce, je me suis borné aux opérations strictement nécessaires. Ainsi j'ai commencé par faire dessécher à une douce chaleur 1 gram. 06 de cette substance, et après huit jours de dessiccation au soleil et à l'étuve il est resté 0, 96, c'est-à-dire qu'elle contient à peu près 0, 10 d'eau. Une autre partie, laissée en macération dans l'eau, a paru éprouver une sorte de boufflement et un commencement de décomposition; mais la putréfaction respecte les fibres longitudinales, et semble

s'emparer seulement d'une matière grasseuse qui existe entre chaque fibre. Du reste, l'eau de macération filtrée et maintenue long-temps à la température de $100^{\circ} + 0$, ne se trouble pas par la concentration, ne donne aucun précipité, ni par le sous-acétate de plomb, ni par les autres réactifs des substances animales : ainsi, l'eau froide ne dissout aucun principe de cette excroissance. Les différents acides ont agi sur elle absolument comme sur les cornes des animaux. Ainsi l'acide sulfurique à froid est sans action ; car, après une macération prolongée de la matière cornée dans cet acide, la potasse n'a pas troublé la liqueur, l'acide azotique l'a jaunée à froid. Cet effet est plus prononcé à chaud, et disparaît si on prolonge la chaleur, sans doute à cause du dégagement de l'acide hypo-azotique. L'ammoniaque liquide paraît sans action. Une dissolution concentrée de potasse décompose les sels ammoniacaux de la corne, ce qui se reconnaît à une légère odeur ammoniacale qu'exhale la dissolution. La fibrine, l'albumine et la gélatine, étant les trois principes animaux qui sont la base de presque tous les tissus, c'est à en déceler la présence que je me suis surtout attaché. Ainsi, après avoir préalablement lavé avec l'alcool une assez grande quantité de râpure de corne, pour en extraire la graisse, je l'ai mise dans l'eau distillée; après une ébullition très-longue, et la liqueur étant à peu près réduite des $\frac{10}{12}$, je l'ai partagée en plusieurs portions et j'ai fait subir à chacune d'elles les opérations indiquées. Ce liquide n'ayant pas été troublé par l'ébullition, on pouvait déjà conclure qu'il ne contenait pas sensiblement d'albumine; ne s'étant pas mis en gelée par le refroidissement, on devait penser qu'il contenait peu ou point de gélatine. Pour arriver à des données plus certaines, j'ai fait descendre dans l'eau concentrée par l'évaporation les fils d'une pile à colonnes; et le résultat, si sensible même pour de minimes quantités d'albumine, a été entièrement négatif. L'infusion de noix de galle a troublé légèrement la liqueur; mais, ce résultat pouvant s'attribuer également à la

gélatine et à la fibrine, j'ai concentré de nouveau, et aucune agglutination ne s'est manifestée, ce qui aurait eu lieu infailliblement si l'eau eût contenu de la gélatine. Quant à la fibrine (en supposant que ce soit une substance particulière), ses caractères à l'état de coagulation sont tellement identiques à ceux de l'albumine qu'il est impossible et inutile de chercher à les constater. Distillée, la matière de cette excroissance donne naissance à des vapeurs très-fétides ayant l'odeur de la corne brûlée. Incinérée, elle donne une petite quantité d'une poudre qui m'a paru représenter un carbonate, et qui, traitée par une goutte d'acide sulfurique et chauffée dans un petit tube de cuivre avec du charbon, a donné naissance à une odeur alliée et à quelques phénomènes qui indiqueraient la présence du phosphore.

Il résulte de ces essais que cette corne ne contient pas de gélatine : car la liqueur ne s'est pas prise en gelée ; elle n'a pas été précipitée par le tannin, qui accuse une seule partie de cette substance dans 5000 d'eau ; enfin le chlorure ne l'a pas troublée. Les résultats pour l'albumine sont presque aussi négatifs. Cependant le chlorure mercurique, qui a troublé assez sensiblement la liqueur, semble en déceler la présence ; mais cette donnée est trop vague pour conclure que la matière animale de cette corne est de l'albumine ; à moins d'admettre, comme Vauquelin, que c'est de la fibrine modifiée, de l'albumine oxygénée ; mais il vaut mieux avouer son ignorance. Au reste, je devais, non pas donner la composition chimique de cette excroissance, chose impossible dans l'état actuel de la science et qui n'a pas encore été faite pour cette sorte de tissu, mais rechercher par une série d'expériences les analogies ou les différences qui existaient entre cette corne et celles des animaux. Soumise aux mêmes réactions, elle a donné les mêmes caractères ; d'où je crois pouvoir conclure que par la composition chimique cette végétation est identique aux prolongements frontaux des animaux, en exceptant toutefois les cornes du cerf, qui contiennent

plus d'un quart de leur poids de gélatine, ce qui les rapproche beaucoup des os.

Plusieurs faits ayant été invoqués pour prouver l'hérédité de cette affection, je me suis assuré que personne de la famille de cette malade ne présente ou n'a présenté des productions semblables. Quelques auteurs ont voulu aussi que les individus cornus eussent le même mode de déglutition et de digestion que les animaux à cornes. Ainsi, Bartholin parle d'un moine de Pavie qui avait deux cornes au front et présentait bien distinctement le phénomène de la rumination. Ainsi, Fabrice d'Aquapendente a connu à Padoue un gentilhomme qui ruminait, et il en attribue la cause à une corne que le père de ce gentilhomme portait au front ; et, comme si les moines avaient en Italie ce singulier privilège de porter des cornes et de ruminer, François Plasoni parle aussi d'un religieux qui présentait la même production cornée et le même mode de digestion. Enfin, plusieurs autres exemples analogues sont cités par Etmuller.

Prévenu de ces faits, j'ai attentivement examiné la femme Paroissien, et je n'ai pas vu qu'elle offrît le moindre symptôme qu'on pût rattacher à la rumination. Il est, d'ailleurs, dans la classe des ruminants plusieurs espèces qui n'ont pas de cornes, et en outre la disposition anatomique de l'estomac nécessaire à ce phénomène n'a jamais été, je crois, rencontrée dans l'espèce humaine.

Le mode de formation de ces excroissances a excité autant d'opinions que leurs causes ; il serait hors de mon sujet de les rapporter ; mais je ferai ici remarquer une analogie frappante entre mon observation et une autre consignée dans une thèse de la Faculté de Paris.

Dans les deux cas, même âge, même mode de croissance, même siège de la maladie. Dans l'observation de M. Dauxais comme dans la mienne, l'ichthyosé cornée survint au même endroit de la face, après l'époque critique, et succéda à une petite tache blanche que gratta la malade. Cette coïncidence

de la même cause bien déterminée me paraît propre à établir, sinon pour tous les cas, au moins pour les deux que je cite, le mode de formation de la corne, et ce sont ces taches blanches premières qui sont le point de départ de l'affection. Les micrographes ont remarqué sur l'épiderme des fœtus de brebis des globules blancs qui indiquent la place où doivent naître les poils, et ces globules ont toujours été vus plus saillants là où doivent végéter les cornes. La même remarque a été faite sur l'épiderme des oiseaux, et on voit la vésicule s'entr'ouvrir pour donner passage aux fibrilles qui doivent constituer la plume. Je pourrais même étayer mon opinion de l'observation d'un enfant né avec une plume sur le front. Mais ce fait, publié dans le *Journal de Physique* et cité par M. J. Geoffroy Saint-Hilaire, manque peut-être d'authenticité, car il a été publié sous le voile de l'anonyme. Quoi qu'il en soit, il me semble y avoir ici identité parfaite entre ces taches blanches qui précèdent la formation des cornes chez les animaux et celles qui ont marqué chez ces deux femmes la première période de l'ichthyose cornée.

Corps étranger dans le pharynx. — Observation recueillie à l'hôpital militaire de Nancy par M. GRELLOIS, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

(Lue dans la séance du 30 juillet.)

Le nommé Crespin, cuirassier au 7^e régiment, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, était atteint d'un catarrhe bronchique, dont l'invasion remontait à cinq mois et pour lequel il n'avait fait usage d'aucune médication. Cette maladie l'incommodait fortement pendant la nuit, mais peu dans la journée. Le 23 janvier, en mangeant sa soupe, Crespin éprouve tout-à-coup à la région pharyngienne une vive douleur, accompagnée d'un sentiment violent de strangulation; il a la conscience d'avoir avalé un

os. Amené de suite à l'hôpital, il présente les symptômes suivants : la respiration est difficile, la face violacée, l'anxiété extrême, et la suffocation imminente; les mouvements de déglutition sont douloureux et presque impossibles. Le malade crache du sang, indique du doigt le point douloureux, l'endroit du pharynx ou de l'œsophage où il sent le corps étranger; celui-ci paraît libre, puisqu'il se fait sentir tantôt à un point, tantôt à un autre, à des hauteurs qui varient entre elles d'un pouce. J'essaie plusieurs fois l'introduction de la sonde œsophagienne, seule ou garnie à son bec d'un peloton de fil ou d'une éponge; elle pénètre sans difficulté et à plusieurs reprises jusqu'à l'estomac, sans qu'aucun signe puisse faire reconnaître l'existence du corps que je cherche, quoiqu'après ces manœuvres le malade me dise sentir l'os plus bas. Ces tentatives étant infructueuses, je lui conseille la marche et surtout une promenade à cheval, qui ont le même insuccès. Pendant deux heures les oscillations du corps étranger restent les mêmes : il continue à monter et à descendre, occupant alternativement la partie inférieure du pharynx ou la partie supérieure de l'œsophage.

Deux grains d'émétique en deux doses, et plusieurs positions huileuses sont administrés sans plus de succès; de nouvelles introductions de la sonde œsophagienne sont encore tentées en vain; des pommes de terre, de la mie de pain frais, avalées par le malade dans l'intention d'envelopper et d'entraîner le corps étranger, restent encore sans effet. Enfin des saignées locales et générales n'ayant amené aucun résultat favorable, le malade est abandonné aux ressources de la nature, dans la crainte d'augmenter par la multiplicité des efforts l'irritation déjà existante. A la visite du 24, même état : cependant au bout de quelques jours la douleur locale est moins vive et moins circonscrite, elle occupe tout le pharynx et une partie de l'œsophage : le malade ne peut plus préciser le point où il sent arrêté le corps étranger.

Pendant un mois Crespin reste en cet état : le chirurgien en chef se croit alors autorisé à nier l'existence d'un corps étranger qui d'ailleurs a résisté à tous les moyens d'investigation, et croit avoir affaire à une phthisie laryngée ; il évacue en conséquence le malade dans une salle de fiévreux le 24 février.

La faiblesse et la maigreur sont extrêmes, la voix presque éteinte ; une toux opiniâtre accable le malade et développe incessamment de la douleur aux parties affectées. Un mouvement fébrile presque continu accompagne cet état. Bientôt la douleur et la gêne du cou augmentent ; un moxa, brûlé sur la partie antérieure de cette région, n'y apporte point d'amélioration, et aucun moyen ne paraissait plus pouvoir être tenté, lorsque le 26 mars, à trois heures de l'après-midi, après avoir mangé quelques pruneaux, le malade ressent une douleur violente qui semble descendre le long de l'œsophage, accompagnée de nausées et de malaise à la région épigastrique, et après quelques efforts il rend au milieu d'aliments non encore digérés, et en présence de plusieurs témoins, un os triangulaire à angles rugueux et chagrinés, présentant à une de ses faces une saillie de deux lignes, mince, rugueuse, et occupant toute sa largeur : les dimensions de cet os sont telles, que deux de ses côtés offrent chacun un pouce d'étendue, et le troisième huit lignes.

Pendant les quinze jours qui suivirent, l'état du malade paraissait devenir de plus en plus satisfaisant ; on avait même conçu l'espoir de le sauver, malgré les désordres que l'on présumait exister dans le pharynx ou dans l'œsophage. La toux était calmée, la déglutition devenue plus facile, l'expectoration moins abondante et moins purulente, quoique la parole fût toujours difficile et la voix basse et enrouée ; mais cette amélioration fut de courte durée. Du 12 au 15 les douleurs se réveillèrent, la suffocation devint imminente, la toux opiniâtre, la déglutition impossible, la maigreur extrême. A tous ces symptômes se joignirent bientôt ceux qui

sont propres à la pneumonie ; leur intensité ne fit que s'accroître pendant trois semaines. Enfin il fut enlevé à ses maux le 4 avril dans un état voisin du marasme.

L'autopsie nous fit reconnaître les désordres suivants : le corps étranger s'était logé à la partie inférieure du pharynx et un peu à droite ; il avait déterminé la carie des cartilages arythénoïdes et de la partie postérieure du cricoïde formant le fond d'une vaste ulcération ouverte dans le pharynx, mais non dans le larynx, dont la membrane muqueuse était épaissie ; une ulcération analogue occupait la paroi postérieure et avait mis le corps étranger en rapport immédiat avec la colonne vertébrale, avait détruit les ligaments vertébraux correspondants, et s'était creusé une fossette de deux lignes de profondeur aux dépens des deux vertèbres voisines et du fibro-cartilage intermédiaire. Traces d'inflammation dans le tissu pulmonaire.

*Extrait du rapport sur l'observation de M. Grellois, par
C. DENONVILLIERS, aide d'anatomie de la Faculté.*

(Lu à la séance du 13 août 1835.)

Les pièces préparées et desséchées ont été présentées à l'appui de cette observation. Les lésions anatomiques qu'elles offrent sont fort curieuses et très-propres à indiquer le lieu et la position qu'occupait le corps étranger. Il semble en effet qu'il ait dû être placé de champ, chacune de ses faces tournée vers un des côtés du corps, un des angles appuyé sur le plan incliné que représentent les cartilages arythénoïdes, et un autre fixé dans la paroi postérieure du pharynx, à l'endroit où il se confond avec l'œsophage. Cette supposition est confirmée par quelques autres circonstances, telles que l'écoulement du sang, l'introduction réitérée

de la sonde œsophagienne sans rencontrer ce corps étranger, la possibilité d'avaler des bouillons, des soupes ou même des aliments très-compacts, comme des pommes de terre et de la mie de pain, l'anxiété extrême, la menace de suffocation, l'altération de la voix, etc., etc. Dans cette situation le corps étranger devait être immobile, et votre commission est persuadée qu'il l'était, bien que l'auteur de l'observation soit d'un avis contraire. Le symptôme sur lequel il base son opinion est la sensation éprouvée par le malade d'un point douloureux dont la hauteur variait à chaque instant; mais justement parce que cette hauteur variait souvent et surtout parce qu'elle occupait un espace de un à deux pouces, étendu *du milieu du pharynx à la partie supérieure de l'œsophage* (ce sont les paroles de l'auteur), nous sommes convaincu que le corps étranger n'était pas mobile dans le pharynx ou l'œsophage, mais qu'il était au contraire fixé dans le point que j'ai indiqué vers le confluent des voies digestives et respiratoires, dont il suivait les mouvements dans les efforts convulsifs du vomissement. C'est à dessein que nous insistons sur ce point, parce qu'il a en pratique une grande importance. Dans l'idée fausse que le corps étranger était mobile, on essaya plusieurs moyens propres à l'enfoncer dans l'estomac. L'emploi de ces moyens fut une première faute; ils n'étaient nullement indiqués. Il y avait dans les diverses circonstances que j'ai déjà énumérées, et principalement dans la persistance du point douloureux au niveau du larynx, dans l'anxiété extrême et la menace de suffocation, assez de signes pour faire au moins soupçonner que le corps étranger avoisinait l'ouverture supérieure des voies respiratoires et pour fixer toute l'attention du chirurgien. La première chose à faire était d'éclaircir ce point si important de diagnostic; il fallait introduire et porter profondément le doigt dans le pharynx; l'expérience prouve qu'on peut atteindre ainsi jusqu'à l'origine de l'œsophage. D'ailleurs les mouvements convulsifs provoqués par

la présence même du doigt eussent amené à sa rencontre le corps étranger entraîné dans les soulèvements du pharynx. Cette investigation convenablement faite eût instruit de la présence du corps étranger. A son défaut, ce n'était pas à la sonde de gomme élastique qu'il fallait recourir, mais à un instrument métallique que sa solidité eût permis de porter dans tous les sens, et auquel un corps étranger du volume de celui qui nous occupe n'eût certainement pas échappé. La présence de ce corps constaté et le lieu qu'il occupait reconnu, l'indication devenait manifeste : il fallait, à l'aide du doigt indicateur gauche, conduire sur ce corps étranger une pince recourbée, le saisir, et le tirer au dehors.

Carie de la colonne vertébrale. — Dégénérescence d'une portion de la dure-mère vertébrale en une substance jaune semblable au tubercule. — Observation recueillie par M. PETEL, D. M., ancien interne des hôpitaux.

Un jeune orphelin de dix-huit ans, d'une faible constitution, non pubère, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 16 février 1834. Il était tourmenté depuis plusieurs mois par une douleur fixe dans les lombes. Ses extrémités inférieures s'étaient affaiblies peu à peu et déjà avaient perdu une grande partie de leur énergie, quoiqu'il n'y eût jamais éprouvé de douleur. Cependant il pouvait marcher encore; il lui restait encore un peu d'embonpoint; l'appétit était bon, le ventre était volumineux; la défécation et l'excrétion des urines n'avaient jamais présenté de dérangement notable. Après l'entrée du malade à l'hôpital, ses membres inférieurs continuèrent à s'affaiblir; il put se soutenir sur ses jambes quelque temps encore, mais bientôt il ne se leva plus que pour être transporté dans un fauteuil; enfin, la paralysie des extrémités devint complète, il s'y joignit la pa-

ralysie du rectum et de la vessie ; les forces allaient tous les jours en diminuant.

Lorsque je vis ce jeune homme , il était dans un état de maigreur extrême ; excessivement faible, apathique, mangeant fort peu, il avait depuis plusieurs mois un dévoiement que rien n'avait pu arrêter. La face postérieure du sacrum , presque tout entière, avait été mise à nu par la gangrène ; il en était de même des deux trochanters.

Il y avait perte complète du mouvement et de la sensibilité dans toute la partie inférieure du corps , à partir d'un pouce et demi au-dessous de l'ombilic.

Le malade attribuait l'origine de sa maladie à ce que quelque temps auparavant il avait été obligé de porter tous les jours des fardeaux trop pesants pour ses forces. Je n'ai pas pu savoir s'il avait eu des habitudes de masturbation. Mort le 29 août 1854.

Autopsie. — Maigreur extrême ; pas de déviation de la colonne vertébrale ; trois escharres à la partie inférieure du tronc ; pas de traces d'accumulation de pus. L'abdomen ouvert et les intestins enlevés, on trouve contre la colonne vertébrale, entre les deux feuilletts du mésentère , plusieurs masses arrondies, de la grosseur d'une noix, parfaitement isolées. Quelques-unes sont entièrement formées d'une matière jaune, granulée, d'une consistance caséeuse, renfermée dans un kyste peu résistant ; plusieurs offrent du pus dans leur centre ; d'autres sont entièrement ramollies. Entre le ligament vertébral antérieur et les vertèbres (première lombaire et dernières dorsales) on trouve une matière analogue à celle dont je viens de parler, purulente dans certains points, moins liquide dans d'autres. La gaine des psoas du côté gauche est remplie de pus jusqu'au niveau de l'arcade crurale ; dans ce point on trouve une petite masse de la même matière jaune, de consistance caséeuse. Le pus est jaune, bien lié, d'une odeur fade et rempli de petits grumeaux.

Le canal vertébral ayant été ouvert par sa partie postérieure, on voit en soulevant la moelle que sa face antérieure est couchée sur un lit d'une substance jaune, concrète, dont elle se détache facilement, excepté en bas; une petite portion de matière reste adhérente aux cordons, qui forment la queue de cheval. La moelle ne présente rien de remarquable, elle n'est point ramollie; la couche de substance que je viens d'indiquer fait saillie dans le canal, s'élève à une hauteur de six pouces environ à partir de la deuxième vertèbre lombaire; elle occupe en largeur la moitié antérieure du canal vertébral; elle est lisse, luisante; la matière semble végéter sur la dure-mère, dont elle dépasse le niveau d'une ligne environ; mais en examinant avec plus de soin, on voit que la dure-mère elle-même est dégénérée; saine dans la partie postérieure du canal, elle disparaît là où commence la substance morbide; celle-ci remplit plusieurs trous, dont sont traversés les corps des vertèbres, et se continue, avec la matière que nous avons trouvée sous le ligament vertébral antérieur.

Les apophyses épineuses sont saines. Les corps des cinq dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires sont rugueux, percés de trous qui s'avancent plus ou moins profondément dans la substance de l'os, et dont quelques-uns le traversent de part en part. Tous sont remplis par une matière caséeuse dont le tissu de l'os lui-même paraît comme infiltré. Les fibro-cartilages inter-articulaires sont sains. Le ligament vertébral antérieur est détruit dans l'étendue d'un pouce au niveau de la dernière vertèbre dorsale.

Rien dans le tube intestinal.

Quelques tubercules crus dans les poumons; quelques-uns au même état dans le mésentère.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.



BULLETIN N° 5 (3^e SÉRIE) — (Janvier 1836),

RÉDIGÉ

PAR MM. BELL, VALLEIX, CAZALIS, DENONVILLIERS,
MAROTTE ET SONNIÉ-MORET.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société pendant
le mois de Novembre.*

1. *Appareil aponévrotique de la vessie.* — 2. *Déviation de la colonne vertébrale.* — 3. *Céphalématome.* — 4. *Production cornée développée sur le nez.* — 5. *Caillots des veines.* — *Nominations pendant le mois.*

1. M. Thomson communique à la Société la description d'un nouvel appareil aponévrotique en rapport avec la vessie urinaire. Il consiste en une série de fibres qui, provenant du bord interne de l'anneau inguinal interne, se portent sur le vaisseau déférent, l'enveloppent et l'accompagnent jusqu'à la partie postérieure de la vessie. Là, ces fibres s'étalent en formant une espèce d'éventail placé entre les vésicules séminales et le péritoine, puis elles s'entrecroisent avec celles du côté opposé et vont se terminer : 1° en s'entrelaçant avec les fibres du muscle de la prostate; 2° en s'entremêlant avec le réseau vasculaire placé sur les côtés de la vessie, d'où elles vont se perdre dans l'aponévrose ischiatique. Une partie des fibres, des éventails entourent l'entonnoir vésico-rectal, se réunissent en avant du rectum, puis contournant cet intestin se fixent sur la ligne médiane à la face antérieure du sacrum. Quand la vessie est vide on voit en arrière un repli falciforme du péritoine qui s'étend quelquefois de l'un à l'autre vaisseau déférent, d'autres fois entre les deux anneaux inguinaux internes : ce repli est formé par le bord de l'appareil fibreux. M. Thomson pense qu'il est destiné à empêcher la rétroversion de la vessie, et à fixer le rectum sur la ligne médiane. Quelquefois il a trouvé les fibres ayant l'aspect charnu. Il a découvert cette aponévrose chez le cerf et la chèvre au mois de juillet 1835. Chez les animaux comme chez l'homme, elle provient de cette partie du tendon du muscle droit abdominal qui constitue suivant lui la paroi postérieure du canal inguinal. La partie de cette aponévrose entrelacée avec le plexus vasculaire de la vessie, constitue ce qu'on a appelé ligament latéral de cet organe.

2. M. Grizolle présente une colonne vertébrale offrant une courbure latérale à droite chez un sujet qui présentait l'aorte du même côté. Tous les organes de la poitrine étaient transposés. Le cœur à droite, le poumon gauche à trois lobes, le poumon droit n'en ayant que deux ; l'estomac était à droite avec la rate ; le foie à gauche, mais s'avancant beaucoup à droite ; le cœcum était logé dans la fosse iliaque droite, du même côté que l'estomac, et le reste du canal intestinal avait sa disposition normale. Il semble que la transposition n'ait eu lieu qu'au-dessus de l'ombilic. A l'hôpital, la femme qui a présenté cette anomalie, se servait de son bras droit.

5. M. Vallois présente le crâne d'un enfant affecté de céphalématome ; ce cas lui paraît devoir fixer l'attention de la Société à cause de ses particularités anatomiques et des lumières qu'il peut jeter sur l'étiologie de la maladie. On n'a reconnu l'existence de la tumeur que le sixième jour après la naissance. Elle était située sur le pariétal gauche, au-dessus de la base, et avait deux pouces de long sur un et demi de large. Le bourrelet était déjà formé. Le malade est mort du muguet après vingt jours de maladie. La tumeur disséquée n'a offert rien de remarquable dans les téguments ; elle contenait deux cuillerées à bouche de sang noir liquide, un peu épais. Le pariétal était recouvert dans toute l'étendue de la tumeur par une membrane transparente, lisse à sa surface extérieure, entraînant quand on la décollait, une multitude de petits points jaunâtres, durs, osseux, qui s'étaient formés dans les rainures de son plus profondes que dans les parties saines. Cette membrane était un peu élastique et ressemblait à une couche très-mince de cartilage. Vers les bords de la tumeur on la voyait se continuer par dessus le bourrelet osseux avec une membrane fine, également transparente et lisse, qui recouvrait la face inférieure du périoste décollé ; cette dernière membrane était molle et souple en avant ; en arrière elle était un peu rugueuse et devenait élastique, mais à un moindre degré que celle qui recouvrait l'os. Le péri-crâne n'avait pas subi d'altération, il présentait seulement un assez grand nombre de rides longitudinales visibles à sa face interne ; et qui étaient dues sans doute à une légère diminution dans la quantité du liquide pendant la vie ; ce qui avait permis à la membrane de revenir sur elle-même et de se froncer. Le bourrelet osseux était saillant d'une demi-ligne ; il se prolongeait beaucoup en dehors vers les parties saines, surtout dans sa portion voisine de la base, où il était, rouge, aréolaire, tendre et plein de liquide sanguinolent. Il se détachait facilement des os, qu'il laissait un peu rugueux par suite de la plus grande profondeur de leurs gouttières et de leurs petits points déprimés. On en enlevait quelques portions en détachant le péri-crâne, mais, avec un peu de précaution, on pouvait en séparer cette membrane qui n'avait pas subi de transformation. Le bourrelet était complet ; en haut il n'était éloigné que d'une demi-ligne de la suture sagittale. Sur le pariétal gauche on voyait à travers le péri-crâne une tache demi-ovale, d'un violet foncé et formant avec le céphalématome, du côté opposé, un ovale complet, dont la plus grande partie était située à gauche. Après la séparation du péri-crâne on

voyait que l'os était couvert dans toute l'étendue de la tache par une couche d'un quart de ligne d'épaisseur, présentant absolument les mêmes caractères que la partie externe du bourrelet osseux, précédemment décrite. Cette pièce paraît à M. Valleix prouver jusqu'à l'évidence que les états différents des deux pariétaux sont dus à une même cause, la constriction du col de l'utérus sur le sommet, pendant l'accouchement, ainsi qu'il l'avait déjà démontré dans une précédente séance. (Bull. n° 2.)

4. M. Mancier présente une corne développée à l'extrémité du nez d'un vieillard ; elle est la reproduction de celle qu'il a montrée à la Société il y a quelques mois (4^e Bulletin). La première commença, sans cause connue, par un petit bouton à surface farineuse ; à la chute des pellicules le malade sentit une petite saillie dure et grisâtre qui s'accrut lentement pendant quatre mois. A cette époque on l'enleva, et elle était alors un peu recourbée en bas, semi-transparente, et offrait les apparences extérieures d'une griffe de chien. Personne ne révoqua en doute sa nature cornée.

Après la cicatrisation un tubercule de même nature se reproduisit au même endroit. Dès le principe il était dur, grisâtre, et, à part la grandeur, il avait l'aspect qu'il présenta plus tard. Le malade n'y sentait habituellement point de douleur, excepté quelques élancements passagers. Cette tumeur était facile à mouvoir, et la peau environnante participait aux mouvements qu'on lui imprimait. L'épiderme montait à près d'une ligne sur sa partie inférieure, et la cessait brusquement. Elle avait près d'un pouce en hauteur, et plus d'un pouce et demi en circonférence à sa base. Elle se terminait en pointe, et plus on s'approchait de son sommet, plus sa couleur devenait brune et sa densité grande ; elle datait de cinq mois quand on l'enleva. Coupée verticalement, on voyait de la manière la plus évidente qu'elle était formée de filaments qui convergeaient de sa base vers le sommet. Ces filaments étaient séparés en bas par une espèce de suif, et n'avaient que l'apparence d'un tissu fibreux ordinaire ; mais à mesure qu'on s'approchait de la pointe, la graisse diminuait, les fibres se rapprochaient, de blanches devenaient grises, noirâtres, et augmentaient en même temps de densité tellement qu'elles prenaient tout-à-fait l'apparence et la dureté des fibres de la corne du bœuf. Elles perdaient d'autant plus tôt leur blancheur et leur mollesse qu'elles étaient plus près de la circonférence ; celles du centre s'élevaient à un demi-pouce au moins au-dessus du niveau du derme sans perdre de leurs qualités primitives.

A la base de la tumeur ces fibres sont faciles à séparer les unes des autres et se continuent évidemment avec le tissu fibreux du derme. La section faite très-près du cartilage du nez a intéressé ce tissu fibreux. Les portions de ces fibres restées adhérentes à la plaie se portent en divergeant dans l'épaisseur de la peau. L'épiderme qui monte sur la base de cette tumeur est facile à détacher, et l'on ne voit pas qu'il se réfléchisse en dedans.

M. Rigaud ne voit pas dans ce cas les caractères attribués au tissu corné : c'est une dégénérescence du tissu fibreux, mais non pas de la véri-

table cornée. L'analyse chimique ferait probablement reconnaître entre ces deux tissus des différences bien notables.

M. Tessier pense que l'analyse chimique ne fournirait que des résultats peu décisifs; mais ce qui lui paraît militer fortement contre l'opinion de M. Mercier, c'est la vascularité du tissu : la corne est toujours un produit non organisé.

M. Mercier trouve une grande ressemblance entre la corne qu'il présente et celle des rhinocéros. Il pense qu'elle est continue avec le derme et qu'elle doit sa dureté à l'évaporation de la graisse et des fluides intermédiaires à ses fibres. M. Mercier est porté à croire que certaines cornes ne sont pas des produits de sécrétion, mais de véritables transformations. Il rappelle que personne ne met en doute la nature cornée de la première production dont celle-ci n'est que la récidue.

5. M. Grizolles présente un caillot trouvé dans les veines iliaque primitive, hypogastrique et iliaque externes du côté droit, chez une femme empoisonnée par de l'acide sulfurique. Ce caillot n'est point décoloré, ne présente aucune trace d'organisation, aucune adhérence aux parois des vaisseaux; sa consistance est assez grande. Avant la mort, la malade a éprouvé de vives douleurs dans le membre inférieur correspondant, lequel est devenu bleuâtre et froid. Il a été facile de constater l'absence de battements de l'artère crurale au pli de l'aîne. M. Grizolles se demande jusqu'à quel point la présence de l'acide sulfurique dans l'estomac a pu avoir de l'influence sur la coagulation du sang dans les veines iliaques et hypogastriques.

M. Nivet dit que M. Martin Solon a essayé de retrouver des traces d'acide dans les sécrétions et dans le sang d'une femme qui prenait chaque jour deux gros d'acide sulfurique en limonade, et de plus un bain avec addition de quatre onces du même acide. Il n'a jamais pu en constater la présence. Le sang a conservé ses propriétés alcalines.

Dans la séance du 12 novembre MM. Michon, A. Bérard et Grizolles ont été admis à échanger leur titre de membre titulaire contre celui d'honoraire.

M. Diday a été nommé membre adjoint dans la séance du 26 novembre. M. Caffé a échangé son titre de membre adjoint contre celui de correspondant.

Nota. Dans la liste des membres placée en tête du premier Bulletin, nous devons signaler quelques omissions. Parmi les membres honoraires on a oublié : MM. Pinault, chirurgien en chef de l'hôpital de Rennes, et Hipp. Royer Collard, professeur agrégé à la Faculté. — Parmi les titulaires, M. Lacroix, aide d'anatomie à la Faculté. — Parmi les adjoints, M. Lédiberder, interne des hôpitaux.

Fracture de l'extrémité supérieure du radius, de l'apophyse coronoïde du cubitus, de la tubérosité interne de l'humérus.

— Luxation du cubitus. — Guérison spontanée avec conservation des mouvements du coude et de l'avant-bras. — Observation recueillie par M. CALLE, élève à la Salpêtrière.

(Lue dans la séance du 30 juillet 1835.)

Legrande (Marie), âgée de cinquante-sept ans, couturière, a été admise à la Salpêtrière en janvier 1835, pour une faiblesse qu'elle éprouvait depuis 1830, dans le membre pelvien du côté droit. Elle est entrée à l'infirmerie le 7 juillet, avec une double hydropisie abdominale, péritonéale et enkystée, un œdème considérable des membres inférieurs et un vaste épanchement pleurétique du côté droit. La malade est décédée le 22 juillet à dix heures du matin. Trois mois avant son entrée à l'infirmerie, époque à laquelle elle faisait remonter les premiers dérangements de sa santé, cette femme n'avait éprouvé en sa vie d'autre accident que celui dont je vais faire l'histoire.

Vers l'âge de trente ans elle a reçu contre la partie postérieure et inférieure du bras droit, le choc violent d'une grande porte cochère, qui s'est fermée rapidement au moyen d'un gros poids, au moment où cette femme passait. La malade n'a pas été renversée sur le coup, mais immédiatement après l'accident elle n'a pu se servir de son bras. Il est survenu un gonflement énorme du coude, accompagné de douleur et chaleur très-vives. Dans la persuasion, sans doute, que l'accident qu'elle venait d'éprouver n'aurait pas de suites fâcheuses, la malade n'a réclamé les secours d'aucun homme de l'art, et s'est contentée d'appliquer sur son bras des cataplasmes émollients. Cependant souffrant encore au bout de trois mois, et remarquant que son bras était déformé et gêné dans ses mouvements, elle s'est adressée à un médecin, qui lui a dit que sa démarche était tardive et qu'il

n'y avait rien à faire. Depuis lors elle a recouvré graduellement tous les mouvements de ce membre; elle le portait sur sa tête facilement et sans douleur; elle a même repris l'exercice de la couture, à laquelle elle a constamment travaillé avec sa main droite. Les mouvements de pronation et de supination étaient parfaitement conservés. La pronation était même exagérée; l'avant-bras était légèrement fléchi, et la malade ne pouvait l'étendre complètement, quels que fussent ses efforts. Il était un peu plus faible et se fatiguait plus facilement que le gauche; il ne présentait de reste aucune atrophie.

L'examen de ce membre, durant la vie de la malade, nous a présenté un pouce et demi de raccourcissement apprécié par la mensuration prise de l'espace compris entre l'apophyse coracoïde et l'acromion à la pulpe du doigt médias de chaque côté; le pli du bras et le coude étaient déformés; la partie externe du pli du bras était soulevée par un corps légèrement oblong, transversalement dirigé, mobile sans pouvoir être complètement déplacé, d'une dureté osseuse et donnant lieu à une crépitation grosse et sèche, lorsqu'on lui imprimait des mouvements. Le doigt promené sur le radius, jusqu'au niveau de la tubérosité bicipitale, sentait une dépression considérable en cet endroit. Des mouvements de pronation et de supination qu'on faisait exécuter à l'avant-bras, sans qu'ils se transmissent à la saillie mentionnée, sur laquelle le pouce était appliqué, la crépitation que l'on percevait en même temps, portèrent à diagnostiquer une fracture de l'extrémité supérieure du radius, sans consolidation et avec formation d'une fausse articulation. En haut et en dehors cette tumeur était surmontée par le condyle externe de l'humérus, dont la saillie paraissait d'autant plus exagérée, que la tubérosité interne ne pouvait être appréciée et que le pli du bras présentait à son niveau une dépression prononcée. La ligne médiane du pli du bras ne présentait aucune élévation. Au coude l'olécrane s'élevait

d'un pouce à peu près de plus que dans l'état normal sur la face postérieure et un peu interne de l'humérus, de sorte que la luxation du cubitus en arrière de l'humérus était évidente; elle paraissait un peu latérale en dedans; surtout dans l'extension forcée.

La peau ne présentait aucune cicatrice, indice d'anciens foyers purulents ou trajets fistuleux, qui auraient pu livrer passage à des esquilles. Les veines superficielles et le tissu cellulaire sous-cutané étaient dans un état tout-à-fait normal. Les nerfs et vaisseaux profonds n'avaient éprouvé aucun changement de rapport dans leur trajet. Nous ferons seulement observer que nous avons trouvé une des veines brachiales profondes, complètement oblitérée par du sang coagulé et consistant; ce qui explique l'œdème du membre survenu quatre jours avant la mort. Pour les muscles, ceux qui s'attachent au condyle externe étaient soulevés immédiatement au-dessous de ce condyle par le petit corps de la mentionnée, et ne présentaient d'ailleurs rien d'anormal; l'insertion inférieure du biceps présente une singularité remarquable. La fracture du radius ayant eu lieu au niveau de la tubérosité bicipitale, le tendon semble avoir été divisé en deux parties; une inférieure, qui se prolonge sur le fragment inférieur du radius, l'autre remonte pour se contourner en dedans et en arrière du fragment supérieur, et aller se perdre à la face interne de la capsule, dont nous parlerons. Les muscles qui dans l'état normal vont s'insérer à l'épitrachée, s'insèrent ici au côté interne de l'olécrane, dont le diamètre transversal paraît doublé. Leur tendon constitue la consistance cartilagineuse. Le triceps ne présente aucune anomalie; le muscle anconé est converti en tissu fibreux; les ligaments de l'articulation sont remplacés par une capsule fibreuse très-ample et très-épaisse, qui s'insère sur l'humérus immédiatement au-dessus des deux tubérosités, et de deux petites cavités destinées, l'une à l'olécrane et l'autre à l'apophyse coronoïde, cavités qui sont ici presque en-

tièrement effacées; en bas cette capsule s'incurve autour de l'extrémité supérieure du fragment inférieur du radius, et sur le cubitus au devant de l'apophyse coronoïde, tandis qu'en arrière elle se termine sur l'olécrane immédiatement au devant du tendon du triceps avec lequel elle adhère fortement et paraissait confondue. Cette capsule incisée transversalement à la partie antérieure, nous a permis de constater les rapports articulaires suivants : En dehors se trouve le fragment supérieur du radius qui d'une part frotte sur le condyle externe et de l'autre adhère à la capsule, en bas l'extrémité supérieure du fragment inférieur du radius qui dans la flexion va toucher l'extrémité de l'humérus, tandis que dans l'extension elle en est distante d'un pouce. En dedans on rencontre le bord externe et la grande cavité sigmoïde du cubitus; quelques lignes au-dessus de l'apophyse coronoïde se trouve un petit os curviligne dont la concavité est dirigée en dehors, c'est-à-dire vers l'articulation, et la convexité dirigée en dedans; son sommet est adhérent à la capsule et sa base est fixée sur la portion inférieure de la grande cavité sigmoïde au moyen d'un tissu fibreux qui lui laisse un peu de mobilité. L'intérieur de cette fausse articulation renferme plusieurs brides fibreuses en forme de lanières qui tapissent la face interne de la capsule, et dont les unes sont fixées aux deux extrémités, tandis que les autres ont une extrémité libre qui supporte un fragment osseux ou cartilagineux, variable aussi pour la forme et le volume. Nous y avons encore trouvé six petits cartilages entièrement libres et assez semblables, pour l'aspect, aux molaires temporaires des enfants. Les cartilages diarthroïdiaux de l'humérus, du cubitus et du radius sont complètement détruits; il ne reste plus à leur place qu'un tissu irrégulier, verruqueux, fibro-cartilagineux, bien appréciable surtout à l'extrémité inférieure de l'humérus. Celle-ci est taillée en biseau mousse de dedans en dehors et de haut en bas; elle ne présente plus de trace de tubéro-

sié interne, ni de trochlée et ne conserve qu'un léger vestige du condyle externe, de sorte que cette extrémité osseuse représente plutôt la tête d'une enarthrose que l'une des parties constituant d'une articulation gynglimoïdale; la grande cavité sigmoïde mesurée dans son diamètre vertical de l'apophyse coronoïde au sommet de l'olécrane présente vingt-deux lignes et demie, tandis que mesurée dans le même sens sur le cubitus d'une femme adulte, elle n'a présenté que onze lignes. Elle est presque remplie de tissus fibreux. L'apophyse olécrane très élargie est surmontée à sa partie interne d'une espèce de tubercule dont elle paraît séparée au moins antérieurement, par une petite rainure dans laquelle l'ongle peut s'enfoncer; son diamètre transversal est de dix-huit lignes, tandis qu'elle n'en a que douze à l'état normal. Le fragment supérieur du radius est plongé dans une masse de tissu fibreux qui ne permet de distinguer ni sa tête, ni sa surface fracturée. L'extrémité supérieure du fragment inférieur est libre, fixée en bas par le ligament inter-osseux, qui paraît parfaitement intact, et supérieurement par la portion mentionnée du tendon du biceps.

Réflexions. Nous admettons que la luxation qui vient d'être décrite est incomplète, parce qu'on retrouve l'apophyse coronoïde au dessous de l'extrémité inférieure de l'humérus; on peut se demander si le déplacement a été primitif ou consécutif. En ayant égard à la force de l'impulsion qui l'a produite et qui a déterminé la rupture du ligement antérieur, postérieur et latéral interne; la fracture du radius, etc., on doit pencher vers l'idée d'une luxation primitive, d'autant plus que l'allongement vertical de la cavité sigmoïde du cubitus n'est probablement pas dû à l'usure de l'apophyse coronoïde; et qu'il est plus probable que cette apophyse a été détachée au moment de l'accident, et que maintenue par le périoste et les muscles voisins, elle s'est enfoncée un peu plus bas sur le cubitus.

Ainsi quoique le cubitus, d'après les auteurs, ne paraisse

guère susceptible d'un déplacement isolé dans les rotations du coude, et que la science ne possède qu'un cas semblable cité par A. Cooper dans son *Traité des fractures et des luxations*, nous croyons pouvoir ranger le cas présent à côté de celui de A. Cooper. Y a-t-il eu en même temps fracture de l'épitrachée et dans la suite juxta-position et suture de ce fragment avec le bord interne et supérieur de l'olécrane; c'est ce que semble prouver l'obliquité en biseau de la partie interne de l'extrémité inférieure de l'humérus, l'augmentation de six lignes du diamètre transversal de l'olécrane, la saillie qui surmonte le bord interne de cette apophyse, la rainure qu'on remarque vers la partie supérieure et interne de la grande cavité sigmoïde et qui semble séparer en ce point ce qui appartient à l'olécrane de ce qui appartient à l'épitrachée, enfin l'insertion isolée du triceps brachial à l'olécrane proprement dit et celle des muscles de la région antérieure de l'avant-bras à la partie interne de l'olécrane, c'est-à-dire à ce que nous regardons comme l'épitrachée. Toutes ces considérations militent fortement en faveur de notre opinion, si elles n'en démontrent complètement l'exactitude.

Le petit corps osseux qu'on remarque à la partie interne de la fausse articulation, est-il encore un débris de la tubérosité interne, ou de l'apophyse coronoïde, ou enfin le résultat d'une ossification nouvelle?

Le défaut de traitement, l'absence des surfaces articulaires défectueuses par des mouvements intempestifs, la déchirure des ligaments primitifs, une inflammation consécutive, nous rendent compte de la formation de la capsule, de la destruction des cartilages diarthroïdaux, des brides qu'on voit dans l'intérieur de la fausse articulation, des petits cartilages fibreux ou pédiculés que nous avons signalés.

On s'explique aisément la grande facilité dans les mouvements dont le radius était susceptible, par la fracture non consolidée de son extrémité supérieure, et la conservation des attaches musculaires sur le long fragment inférieur.

Le raccourcissement est causé par l'ascension de l'olécrane en arrière, et par la direction transversale du fragment supérieur du radius, qui équivaut à une perte de substance de oct. os. L'extension presque complète de l'avant-bras s'explique en considérant que la tubérosité interne se trouvant détruite, et la partie interne de l'humérus très-arrondie, l'olécrane glisse sur la partie interne de l'humérus et vient faire saillie en avant en soulevant les parties molles, et permet ainsi à l'avant-bras d'être mis dans une extension presque complète. Il existe une petite coulisse à la partie interne de l'humérus pour le glissement de l'olécrane.

Nous avons déjà dit quel avait été le diagnostic des désordres consécutifs et quelles étaient les raisons qui avaient servi à l'établir. Il s'agit maintenant de savoir si un chirurgien habile appelé immédiatement après l'accident, pouvait porter un diagnostic juste et complet; il aurait probablement reconnu la fracture du radius d'après des signes qui sont assez simples, la luxation du cubitus en arrière, d'après le raccourcissement du membre, sa flexion, la saillie et l'ascension de l'olécrane en arrière, son défaut nécessaire de rapport naturel avec les tubérosités de l'humérus. Quant à la non reproduction des symptômes après la réduction, ce dernier caractère, sur lequel a insisté Dupuytren et qu'il a regardé comme pouvant toujours faire distinguer la luxation de la fracture transversale de l'extrémité inférieure de l'humérus, n'est pas cependant infaillible, ainsi que le prouve très-bien le cas très-curieux rapporté par M. Bérard jeune; cas dans lequel, outre la luxation de l'avant-bras en arrière, il y avait fracture de l'apophyse coronoïde et des trois quarts de la petite facette articulaire du radius; de sorte que la luxation réduite se reproduisait presque aussitôt, les os étant privés de point d'appui. Le cas présent a quelque analogie avec celui de M. Bérard, en admettant que l'apophyse coronoïde a été détachée. La fracture du condyle interne porté en avant et en bas par les muscles qui s'y insèrent,

aurait encore favorisé l'erreur par la facilité de la réduction, la crépitation et l'instantanéité de la reproduction.

Sans entrer dans le détail des agents thérapeutiques qu'on aurait pu employer pour combattre ou prévenir l'inflammation, de l'appareil qu'on aurait pu appliquer pour maintenir réduite cette luxation compliquée de fractures, nous nous demanderons si quelque efficace qu'eussent été les moyens thérapeutiques, quelque ingénieux et quelque parfait qu'eût été l'appareil, l'art aurait plus fait ici dans le même espace de temps, que la nature par ses seuls efforts. Une déformation peu considérable du coude que l'art aurait pu prévenir, en supposant un succès difficile à obtenir, est un accident bien léger en comparaison de l'ankylose, qui aurait pu résulter de la longue application d'un appareil puissant et compliqué.

Ossification dans l'épaisseur du ventricule gauche, au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire. — Observation recueillie par M. Rœzen, interne à l'Hôtel-Dieu.

(Lue dans la séance du 30 juillet.)

Marie Barthélémy, marchande des quatre saisons, âgée de soixante-trois ans, d'une constitution forte, n'ayant jamais été malade, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 18 juillet, à trois heures de l'après-midi.

Voici les notes que j'ai recueillies à la visite du soir : Cette femme fait remonter à cinq mois le début de sa maladie ; elle assure qu'auparavant elle n'éprouva jamais ni douleur à la région du cœur, ni palpitations, ni étouffements. A cette époque, elle commença à éprouver de la dyspnée ; elle ne pouvait ni faire de longues courses, ni marcher vite, ni monter un escalier sans être haletante et sans être prise de palpitations. La dyspnée, qui n'était d'abord qu'accidentelle,

devint bientôt continue ; elle augmenta au point que depuis trois mois, la malade est obligée de rester dans un repos complet ; au moindre mouvement elle était menacée de suffocation. Les palpitations ne se répétèrent point plus fréquemment : il fallait toujours qu'elles fussent provoquées par une cause occasionnelle physique ou morale.

Examen de la malade. Décubitus dorsal, la tête seulement un peu relevée. Face rouge et animée, sans expression de souffrance. Légère infiltration des extrémités inférieures, qui gardent l'empreinte des doigts.

Symptômes fournis par les organes de la circulation. Matité précordiale qui commence à la moitié gauche du sternum pour se prolonger dans une étendue de trois travers de doigt sur cinq en hauteur. Plus loin cette matité se change en obscurité du son, déterminée sans doute par une lame pulmonaire qui recouvre la partie gauche du cœur. Impulsion assez forte à la main : point de frémissement catatoire. L'oreille appliquée sur la région précordiale est soulevée par les grands efforts d'inspiration que fait la malade.

Les battements du cœur sont isochrones au pouls. Des deux bruits, le second est peut-être plus rapproché du premier que dans l'état ordinaire. Le premier battement est changé en un bruit entièrement semblable à l'aboiement artificiel de ces petits chiens de carton, que l'on donne aux enfants pour joujou. Les deux battements s'entendent dans les deux côtés de la poitrine ; ils me paraissent plus bruyants que dans l'état ordinaire, comme Laënnec l'avait annoncé théoriquement. J'ai essayé en vain de séparer par l'analyse les bruits du cœur gauche, de ceux du cœur droit. Le pouls est plein, régulier, peu accéléré, et donne 70 pulsations. A chaque inspiration, la malade dilate fortement, mais avec lenteur, les parois thoraciques ; l'expiration est courte, la parole est lente, difficile, entrecoupée. Absence complète de douleur à la région précordiale, ou dans aucun autre point de la poitrine. Un peu de sommeil chaque nuit, sans

rêves pénibles ni réveils en sursaut. La poitrine est partout sonore, excepté dans le point que nous avons indiqué, et à la base du poumon droit, où l'on remarque une très-légère matité. La respiration est pure du côté gauche; du côté droit, à la partie inférieure du thorax où le son a été trouvé obscur, on entend un râle muqueux à grosses bulles, sensible dans les deux mouvements respiratoires.

Point de symptôme saillant du côté des autres appareils : la malade dit qu'elle n'est pas plus souffrante qu'elle ne l'a été depuis plusieurs semaines; rien n'annonce sa fin prochaine : le lendemain matin, à la visite, elle était morte.

Autopsie 26 heures après la mort. — Raideur cadavérique peu prononcée : pâleur générale, infiltration œdémateuse des membres supérieurs.

Crâne. — Sinus de la dure-mère gorgés d'un sang noirâtre; veines des circonvolutions et de la base bien dessinées et pleines : sérosité notable, et gélatiniforme, entre les circonvolutions cérébrales; les ventricules en contiennent à peu près deux cuillerées. Toute la substance cérébrale est humide, mais d'une consistance et d'un aspect normal.

Abdomen. — Les parois abdominales font peu de saillie, il s'écoule de la cavité péritonale 3 verres d'un liquide verdâtre, qui remplit également le petit bassin et les fosses iliaques. La masse intestinale pâle est macérée par ce liquide. Rien de notable dans le tube digestif, ~~car~~ n'est une décoloration générale des tissus. Le foie, la rate et les reins ne présentent aucune lésion appréciable.

Poitrine. — Point d'hydrothorax; les poumons sont parfaitement sains, excepté à la partie postérieure du côté droit, où un engouement œdémateux assez prononcé rend compte du râle muqueux entendu pendant la vie. Les bronches présentent une rougeur violacée; on trouve dans le péricarde quatre à cinq cuillerées d'une sérosité jaunâtre. Du reste, point de fausses membranes, ni de taches blanches

sur ses feuillets. Voici les mesures du cœur telles que nous les avons prises avec beaucoup d'exactitude, après l'avoir débarrassé des caillots fibrineux, qui se trouvaient surtout dans les oreillettes. *Circonférence totale* dans la plus grande étendue, 22 centimètres. *Diamètre vertical*, 11 centimètres. *Diamètre transversal*, 10 centimètres. *Épaisseur du ventricule gauche*, 1 centimètre. *Épaisseur du ventricule droit*, 4 millimètres. *Circonférence intérieure des ventricules*, dans leur point le plus étendu : ventricule gauche 12 centimètres; ventricule droit 10 centimètres. Les oreillettes sont également un peu dilatées; mais c'est le ventricule gauche qui offre la plus grande dilatation.

La surface antérieure du cœur présente au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire une saillie très-prononcée. On incise sur ce point, et après avoir traversé dans l'épaisseur de 2 à 5 millimètres les fibres musculaires du ventricule gauches, on trouve au milieu de ces fibres une substance pétrée qui forme autour de la valvule mitrale les 3 quarts d'un cercle de 10 centimètres d'étendue, et de trois centimètres dans sa plus grande hauteur. Cette substance est d'un blanc jaunâtre, d'une dureté extrême, assez semblable à une portion de calcul mural. A l'intérieur du cœur, cette masse ne fait point saillie à travers sa membrane interne; partout elle est enveloppée et recouverte par une couche musculaire plus ou moins épaisse. Le cercle paraît manifestement composé de deux parties distinctes, dont la plus petite, rapprochée de la cloison des ventricules, joue sur l'autre, lorsqu'on leur imprime des mouvements. La valvule mitrale présente également quelques altérations : plusieurs de ses petites cordes tendineuses sont converties en une substance blanche, fibreuse, dépourvue d'élasticité. Sur une des colonnes charnues est déposée une petite masse calcaire de la grosseur d'un pois, et une autre pierre un peu plus volumineuse qui fixe une des cordes aux fibres charnues devant gêner le jeu et le libre exercice de la valvule. Plusieurs points

osseux isolés se trouvent aussi à la base de ces valvules, contenus entre les feuillets.

Aucune lésion à l'orifice auriculo-ventriculaire droit, non plus qu'aux orifices aortique et pulmonaire. Seulement tout-à-fait à la naissance de l'aorte, on compte trois ou quatre petites plaques osseuses placées sous la tunique interne, ou faisant saillie dans l'intérieur de l'artère.

Le reste du système artériel n'est point étranger à ce travail d'ossification qui a prédominé dans le cœur gauche : les artères basilaires, quelques ramifications artérielles cérébrales, les arcades palmaire et plantaire, les rameaux de l'hypogastrique offrent en plusieurs points des plaques osseuses.

*Extrait du rapport sur l'observation précédente, par
M. RIPAULT, ancien interne des hôpitaux.*

Je rapprocherai de ce fait celui d'une ossification dans le cœur que j'ai déjà soumis à l'examen de la Société. Un jeune homme de vingt ans, d'une complexion faible, d'un tempérament lymphatique, meurt dans un état d'anasarque après avoir présenté pendant une année les signes d'une affection du cœur, caractérisée par des battements tumultueux, les bruits de souffle et de claquement, mêlés parfois de bruit de scie. A l'autopsie, on trouva le cœur dilaté, et au milieu des parois du ventricule gauche, une lame osseuse d'une dimension considérable, recourbée en demi-cercles, inégale dans les parties en contact avec le tissu du cœur et vers son sommet. A l'extérieur du ventricule, était un ulcère, couvert d'un pus jaunâtre; un liquide semblable se trouvait dans l'enveloppe du cœur, et sur les portions des cartilages costaux en rapport avec la partie ulcérée de l'organe. Ainsi l'action de la lame osseuse s'était manifestée sur les

fibres les plus extérieures du cœur, elle les avait irritées, déchirées, enflammées; elle nageait dans le liquide purulent, dont elle avait déterminé la formation.

Je crois encore devoir rappeler ici un fait consigné par Garangeot dans les Mémoires de Trevoux (juin 1726).

« Sur le cadavre d'un moine, d'un savoir universel, dont la vie, consacrée au travail, s'était prolongée au-delà de soixante-dix ans, on trouva le péricarde adhérent au cœur, dans toute son étendue. Les adhérences, très-fortes à la base, étaient dues à des inégalités très-dures et de différentes formes. On fut fort surpris de voir que ces inégalités étaient de petits os hérissés de pointes et d'aspérités; en un mot, la base du cœur ressemblait à une grotte pleine de coquillages, et ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est que les gros vaisseaux de la base n'étaient point ossifiés; ils approchaient seulement un peu du cartilage. » Un assez grand nombre de faits de concrétions osseuses du cœur se trouvent cités par Joseph Frank. » (*Præleos Medicæ Universæ præcepta*, part. 2^e, vol. 8. Taurini, 1825.)

Symptômes graves d'affection du cœur chez un phthisique. — Amendement subit et remarquable. — Mort. — Communication entre les deux ventricules du cœur. — Observation recueillie par M. BARTH, interne de l'hôpital de la Pitié.

(Lue à la séance du 16 avril 1835.)

Guillaumont (François), âgé de vingt-neuf ans, d'une taille élevée, assez fortement constitué, éprouve des palpitations depuis son jeune âge. Depuis long-temps aussi, il est enrhumé pendant l'hiver, et a déjà eu de l'enflure aux jambes il y a une douzaine d'années. Cultivateur autrefois il n'a pu supporter les travaux de la campagne et a pris l'état de dis-

tillateur en 1829. Depuis treize mois, il tousse d'une manière à peu près continue. L'été dernier il a commencé à sentir de l'oppression après les repos; sa voix est devenue enrouée, et depuis cette époque il ne peut marcher sans éprouver de l'essoufflement. Les palpitations, l'étouffement et la dyspnée ont augmenté il y a un mois, sans cause connue, et le malade a été forcé de renoncer au travail. Plus souffrant depuis quatre jours, il est obligé de se tenir assis dans son lit, et ressent une douleur dans le côté gauche de la poitrine. Il entre à l'hôpital de la Pitié le 10 mars 1835.

Voici l'état dans lequel nous le trouvons le lendemain matin :

Le malade est assis dans son lit, les genoux élevés; il a la face pâle, un peu gonflée, les lèvres violacées, les mains violettes et froides comme la figure; les membres inférieurs ne sont pas infiltrés. Les forces sont médiocrement déprimées; les sens intègres, l'intelligence et la mémoire, bonnes, le sommeil court. Il n'accuse pas de douleur à la poitrine; l'oppression est marquée; la respiration à trente-huit ou quarante; il y a palpitation, toux avec expectoration de crachats plus ou moins opaques et la plupart rouillés, demi-transparentes. La conformation de la poitrine ne présente rien de remarquable, si ce n'est que le côté gauche est un peu plus déprimé que le droit. La sonorité est bonne à droite antérieurement; à gauche le son est plus ou moins obscur dans toute la hauteur, et mat à la région précordiale. Le bruit respiratoire est assez pur antérieurement à droite, très-faible sous la clavicule gauche; où il est mêlé d'un râle peu distinct et qui ressemble imparfaitement au bruit de frottement; il est nul à la région précordiale. En arrière la pression donne un son à peu près égal des deux côtés; la respiration dure, forte, accompagnée d'une expiration prolongée dans la fosse sur-épineuse droite, et assez bonne dans le reste de ce côté. À gauche il y a du râle sous-crépitant dans la moitié inférieure; la respiration est assez

pure au-dessus, et au sommet on entend des bulles d'un râle muqueux plus gros. Les battements du cœur sont tumultueux, irréguliers, accompagnés d'un peu d'impulsion à la région précordiale, et semblent se répéter cent quatre-vingts à cent quatre-vingt-dix fois par minute, sans bruit anormal appréciable, non plus qu'aux carotides. Le pouls extrêmement précipité consiste en une espèce de frémissement aux artères radiales. La langue n'est pas livide, la soif est augmentée, l'appétit presque nul, pas de nausées; épigastre et ventre indolent. Le foie débordé les fausses côtes de deux à trois pouces; du reste rien de remarquable du côté des voies digestives et dans les fonctions sécrétoires. (Saignée de 15 onces, lav. purgatif.)

Le soir, le malade est couché sur le côté droit, appuyé sur le coude; il est un peu mieux, respire un peu plus facilement, la face est moins tuméfiée, les lèvres moins violettes et les mains moins froides.

Le 12, on le trouve assis dans son lit, suspendu par une main à la corde, et portant la tête alternativement à droite et à gauche. La face est encore livide, les lèvres violettes, les mains froides. Beaucoup d'anxiété, respiration très-fréquente (quarante-huit à cinquante); quelques crachats verdâtres, opaques, mêlés d'un mucus clair. Frémissement toujours le même à la radiale.

Nouvelle saignée de quinze onces; deux vésicatoires aux cuisses; diète.

Le 13, la saignée d'hier présente un caillot peu volumineux couvert d'une coque d'une demi-ligne d'épaisseur, et entouré d'une zone de sérosité de plus d'un pouce. Elle a été suivie au bout d'une heure d'un peu de soulagement qui n'a pas persisté. Une troisième saignée de quinze onces faite le 13 au soir, et une quatrième de dix onces le 16, n'ont pas plus de succès.

On ajoute à la médication un demi-gros d'acétate de potasse par pinte de tisane; on administre quelques grains de

poudre de digitale, et l'on applique successivement plusieurs vésicatoires et des sinapismes aux membres inférieurs.

Pendant tout ce temps l'état du malade reste à peu près le même :

Il prend toutes sortes de positions pour respirer plus facilement, tantôt on le trouve transversalement assis sur son lit, les pieds appuyés ou pendants sur les côtés, et le tronc porté en avant ; tantôt accroupi sur une chaise et la tête penchée presque entre ses genoux ; d'autres fois couché sur son lit, sur l'une des hanches, et le tronc appuyé sur sa table de nuit. Le facies exprime la souffrance et l'anxiété ; la figure est plus ou moins fraîche et tuméfiée, les lèvres violettes, les mains bleuâtres, les membres inférieurs infiltrés ; la faiblesse est grande, la voix presque éteinte ; de temps en temps le malade pousse un gémissement éclatant ; les nuits se passent sans repos. Pour le reste des symptômes, point de changement ; la main appliquée à la région précordiale sent quelquefois une espèce de frémissement.

Le 18, on est surpris de voir le malade couché dans une position presque horizontale, la face moins enflée, exprimant un bien-être inaccoutumé, les mains presque naturelles et chaudes ; le pouls régulier, plein ; paraissant respirer plus facilement, et ayant retrouvé de la voix pour annoncer lui-même qu'il se trouve beaucoup mieux. Cette amélioration a commencé la veille, et pour la première fois il a eu la nuit un peu de sommeil et un peu de repos. La respiration plus facile est à quarante environ ; on ne sent pas de frémissement à la région précordiale ; les battements du cœur sont réguliers, bien distincts, sans impulsion et sans bruit anormal ; ils se répètent cent fois par minute. La langue est naturelle et le malade demande quelques aliments ; on fait sécher les vésicatoires. Ce bien-être persiste le soir et le lendemain, et l'on augmente un peu la dose d'aliments.

Le 20, le malade se trouve de nouveau plus souffrant ; la face est plus pâle, un peu jaunâtre, les mains quoique

chaudes sont violacées, la voix éteinte, l'oppression plus grande, le pouls régulier mais large, dur, et bat cent vingt-quatre fois par minute. La langue est en partie dépouillée de son épithélium. On prescrit une nouvelle saignée de dix onces; à trois heures du soir, le malade se dit assez bien; le pouls est toujours plein, régulier, et à 6 heures il expire sans agonie.

L'autopsie fut faite 39 heures après la mort.

Habitude extérieure. Traînées livides sur le cou et la poitrine; légère infiltration des parois abdominales.

Tête. Un peu d'infiltration sous-arachnoïdienne en arrière, dans l'intervalle des circonvolutions. La pie-mère est peu injectée; le cervelet un peu livide et de consistance moindre que celle du cerveau.

Poitrine. Le péricarde contient environ une once et demie de sérosité limpide. Le cœur est plus volumineux que le poing du sujet; ses cavités un peu dilatées, ses parois légèrement épaissies, ses orifices libres et sans indurations; ses chairs sont un peu flasques et ont leur coloration habituelle. La membrane interne est généralement lisse, même transparente, de consistance ordinaire, d'un rouge peu foncé, et sans traces de fausses membranes. Les valvules sigmoïdes droites et gauches sont d'un rouge intense, mais lisses, souples, sans épaississement, sans induration et sans trace de pseudo-membrane à leur surface. Cette rougeur se continue avec les mêmes caractères dans toute l'étendue de l'aorte. Le cœur et les vaisseaux contiennent une modique quantité de sang noirâtre, liquide. La cloison interventriculaire est traversée obliquement de haut en bas, d'arrière en avant et un peu de droite à gauche, par un trajet de communication peu large, qui s'ouvre d'une part dans le ventricule gauche vers le milieu de sa face correspondante, par un orifice de cinq lignes de long sur trois de large, à bords lisses et arrondis; il vient aboutir d'autre part dans le ventricule droit, près de la jonction de la cloison avec la pa-

rois antérieure de cette cavité, dans l'intervalle de plusieurs colonnes charnues, par une ouverture qui ne présente également aucune trace de déchirure.

Le poumon droit, lourd, volumineux, présente à son sommet quelques points grenus, et des granulations grises assez nombreuses, que l'on retrouve encore dans le lobe inférieur. Son tissu souple et peu rouge dans les autres points, est livide, hépatisé à la base. Le poumon gauche est entièrement revêtu d'une fausse membrane, un peu rouge, élastique, assez épaisse, offrant quelques vaisseaux évidents. Il présente supérieurement plusieurs excavations tuberculeuses, renfermant une matière puriforme et tapissées par une fausse membrane. Le lobe inférieur est mou, et renferme quelques granulations grises. Les bronches sont généralement rouges, sans autre lésion remarquable. La trachée est également rouge à l'intérieur, et sa membrane muqueuse ulcérée en un point. Le larynx présente aussi des ulcérations sur les cordes vocales inférieures.

L'œsophage n'offre rien de remarquable.

L'estomac est rougeâtre à l'intérieur, mamelonné sur ses deux faces. La membrane muqueuse n'offre du reste aucune altération d'épaisseur ni de consistance.

L'intestin grêle est rétréci en sept ou huit points, par des brides saillantes à l'intérieur, et au niveau desquelles la membrane musculuse est hypertrophiée. La membrane muqueuse présente dans le dernier tiers des ulcérations assez nombreuses de une à trois lignes de diamètre. Dans le gros intestin on trouve également des ulcérations, dont deux occupent tout son pourtour.

Le foie, assez développé, n'offre du reste rien de remarquable.

La rate est volumineuse, son tissu peu foncé, peu cohérent. Les reins et la vessie n'offrent rien de pathologique.

Tumeurs très volumineuses, occupant l'une la fosse iliaque externe, l'autre la fosse iliaque interne du côté droit. — Observation recueillie par M. MERCIER, interne à l'hospice de la vieillesse (hommes).

Henri Querité, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament éminemment lymphatique et d'une constitution faible, entra dans la salle de chirurgie pour une tumeur de la fosse droite. En 1816, il fit sur cette région une chute de cheval; la contusion fut négligée, la résolution imparfaite, et il resta une petite tumeur qui jusqu'au mois d'août 1834, fit peu de progrès. Pendant ce temps Querité ne fut jamais heureux. Il fut reçu à l'hospice de Bicêtre comme infirmier, et finit par être employé à la manœuvre d'une pompe placée dans une cave très-profonde, et contenant des réservoirs d'eau très-froide. La tumeur alors ne le gênait pas; faisait peu de progrès, et il n'accusait que quelques douleurs rhumatismales. Mais enfin le mal prit une marche plus rapide, et le 12 août 1834, le malade fut reçu à l'infirmerie.

A son entrée, il portait à la partie postérieure de la fosse droite, vers le point où le nerf sciatique sort du bassin, une tumeur faisant saillie d'environ 2 pouces au-dessus de la peau environnante, avec laquelle elle se perdait insensiblement. Son diamètre était de 5 pouces de haut en bas sur 3 ou 4 d'étendue transversale. La peau était blanche, lisse à sa surface, il n'existait pas de bosselures et la pression faisait percevoir une dureté presque égale à celle de l'os. Du reste presque pas de douleur, assez grande mobilité du membre, fonctions générales s'exécutant très-bien. On employa, pour résoudre cette tumeur, des applications émollientes, narcotiques, des frictions mercurielles : tout fut inutile. Elle fit des progrès, s'étendit dans tous les sens, sans que sa nature devint beaucoup plus évidente; seulement au milieu, on eut senti une fluctuation obscure, la

peau qui la recouvrait devint rouge, érysipélateuse; en outre le malade éprouva dans tout le membre un engourdissement qui ne tarda pas à se changer en une véritable paralysie du mouvement et du sentiment.

Au bout de six semaines on sentit une autre tumeur qui se développait dans la fosse iliaque interne du même côté. Cette tumeur était peu sensible; tellement qu'on ne s'en était point aperçu, quoique au dire du malade elle existât depuis quelque temps. Mais elle ne tarda pas à faire saillie sous la paroi antérieure de l'abdomen. En même temps la première augmenta rapidement de volume, la peau tendue laissa voir une foule de divisions vasculaires, rampant sous l'épiderme; enfin sa couleur devint tout-à-fait livide. Du reste peu de douleurs, sinon celles que le malade attribuait à la distension de la peau et qu'il comparait à celles qui résulteraient de la déchirure de cette membrane. La paralysie du mouvement et du sentiment devint presque complète, et il fallait pincer fortement la peau pour que le malade le sentit. Son membre devint œdémateux, et comme depuis longtemps il ne pouvait se coucher que du côté opposé à la tumeur, la face interne de la jambe droite était pour ainsi dire moulée sur l'autre. Cet œdème annonça une compression ou une oblitération des vaisseaux iliaques et aurait sans doute été plus considérable encore, sans les nombreuses veines que l'on vit se développer de ce côté, sous la peau de l'abdomen. Cette jambe était plus fléchie, que l'autre sur le bassin, ce qu'expliquera plus tard l'état des muscles psoas et iliaque.

Le décubitus constant sur le côté gauche ne tarda pas à produire des eschares, dont la chute mit à nu le grand trochanter de ce côté.

Enfin vers le milieu du mois de novembre, de la même année, les tumeurs avaient acquis le volume qui sera indiqué plus bas. Abstraction faite des progrès locaux, du mal et de l'extrême maigreur du malade, ses fonctions s'exécu-

taient encore assez bien. Il ne se plaignait pas de ses escharres, peut-être les parties comprimées avaient-elles aussi perdu de leur sensibilité. Les selles, dont le cours aurait pu être entravé par la tumeur interne, avaient toujours été régulières; mais vers le 17 novembre, il survint une diarrhée qu'on ne put arrêter, et c'est alors que les forces baissèrent rapidement, que l'appétit se perdit; le 24 au soir, la mort survint.

Je dois noter ici qu'on avait cru pendant la vie que les deux tumeurs communiquaient par l'intervalle qui existe entre le sacrum et l'os des îles.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on vit une tumeur ovoïde plus grosse en haut qu'en bas et placée dans la fosse iliaque interne droite. Elle a environ 8 pouces de largeur, autant d'épaisseur et au moins 11 ou 12 de hauteur. La petite extrémité fait hernie par l'anneau crural, le dépasse de plus de deux pouces, et offre à cette hauteur un léger étranglement circulaire correspondant au ligament de Fallope. Sur la face interne de cette tumeur sont en avant, le cœcum avec quelques ganglions noirâtres, de la grosseur de petites fèves; un peu plus en arrière, on voit les vaisseaux spermaticques dilatés, puis l'uretère de ce côté. La tumeur offre une empreinte superficielle correspondant à ces diverses parties. Elle s'avance au-devant de la veine et de l'artère iliaque externe, et des nerfs qui émanent du plexus lombaire, et les comprime par sa face postérieure.

Parmi ses enveloppes, on reconnaît, de la manière la plus évidente, d'abord le péritoine, puis l'aponévrose du bassin, puis le muscle iliaque externe et facile à détacher. Le psoas partageait cette tumeur en deux lobes vers la réunion de ses trois quarts externes avec son quart interne. Ces muscles ont leur couleur normale.

Avant même que l'on n'eût ouvert le ventre, la tumeur avait offert une fluctuation plus évidente que pendant la vie; mais alors on sentit, en outre des plaques ossiformes assez larges existant çà et là, immédiatement au-dessous de la tunique

propre. Celle-ci, formée d'un tissu fibreux, représente une poche sans ouverture, de telle sorte qu'on peut l'isoler de tout côté; excepté vers le centre de la fosse iliaque où elle adhère à l'os, dans une étendue circulaire ayant 5 pouces de diamètre. De là partent une multitude de fibres blanches, solides, dont les unes divergent vers toute la périphérie de la tumeur, tandis que les autres s'enfoncent dans son épaisseur.

Une incision verticale donna écoulement à une quantité notable de liquide analogue à de l'huile pour la couleur et la consistance. Ce liquide est mêlé de grumeaux noirâtres semblables à des caillots, et provenant sans doute de la rupture de vaisseaux sanguins nombreux, larges, et faciles à déchirer. Après cette incision la tumeur ne s'affaissa pas, car elle était formée d'un tissu semblable à celui d'une éponge grossière, c'est-à-dire formée d'aréoles extrêmement variables, puisque quelques-unes ont plus d'un demi-pouce de diamètre et qu'on rencontre tous les degrés inférieurs. Leurs parois sont en général formées d'un tissu peu consistant qui était brun d'abord, mais qu'un séjour de 24 heures dans l'eau rendit blanc. De ces aréoles les unes contiennent un liquide semblable à celui que j'ai décrit, d'autres une sorte de gelée très-peu consistante, jaunâtre, demi-transparente et conservant la forme des cellules où elles sont logées. Pendant la section, je crus voir des gaz s'échapper. Près de la circonférence le tissu est plus fibreux; ainsi que celui des lobes inférieur et interne, où les aréoles sont bien moins larges et leurs parois beaucoup plus épaisses, plus dures et comme squirrheuses. Le pédicule dont j'ai indiqué la structure fibreuse ne m'offre ni nerfs, ni vaisseaux apparents. Au point d'adhérence, l'os quoique blanc est rugueux et altéré, mais n'est pas perforé et ne peut même l'être par le scalpel.

Quant à la tumeur qui se trouve en dehors, son plus grand diamètre est également parallèle à l'axe du corps et

a de 11 à 12 pouces, tandis que le transversal et l'antéro-postérieur en ont de 7 à 8. Elle s'étend depuis 1 pouce environ au-dessus de la crête iliaque jusqu'au dessous de l'ischion. Elle s'insère à l'os dans un point correspondant à l'implantation de la tumeur interne. Elle est recouverte par les muscles fessiers qui sont épanouis à sa surface et faciles à reconnaître à la rougeur de leurs fibres, qui descendent en bas et en avant, vers le grand trochanter. Au-dessus, la peau est très-tendue, et le tissu cellulaire infiltré de sérosité. La sensation que cette tumeur produit sous la main est semblable à celle que produit la première; comme elle, aussi, elle a une membrane propre qui est fibreuse, et peut être isolée de tous côtés, excepté vers le point où elle adhère à l'os. Un peu en dedans et en haut se trouvent de nombreux pelotons, qui ne me semblent être que des pelotons dégénérés du tissu adipeux qui recouvre naturellement cette région. Leur consistance est ferme, lardacée, leur couleur blanc-mât, et ils s'écrasent en grumeaux avec facilité; ils s'isolent assez facilement de la tumeur; l'origine du grand fessier les en sépare en bas. Ces pelotons ne sont pas les seuls; d'autres existent dans le canal sacré, qui en est presque rempli. Entre ces différentes masses et dans le bassin, un grand nombre de veines furent trouvées remplies de cette matière blanche et friable, et sans altérer les parois de ces vaisseaux, on pouvait en extraire des bouts cylindriques ayant plus d'un pouce de longueur. Les veines du plexus hypogastrique, l'obturatrice, la circonflexe, étaient dans ce cas.

Le nerf sciatique est fortement comprimé contre l'ischion; dans cet endroit il est aplati, rougeâtre, et totalement dénué de pulpe nerveuse; immédiatement au-dessous, cette pulpe y existe au contraire en plus grande quantité, et le nerf paraît comme renflé.

Le foie est sain; le colon présente quelques rougeurs, et les poumons n'offrent d'autres lésions que quelques tuber-

cules existant à leur sommet, et dont quelques-uns même sont crétacés.

Extrait du rapport de M. REIGNIER sur l'observation précédente.

Les tumeurs étaient séparées l'une de l'autre par toute l'épaisseur de l'os iliaque au niveau des fosses de ce nom, et paraissaient n'avoir aucune communication; mais un examen plus attentif a fait découvrir que des veines d'un calibre énorme partant de la tumeur externe et remplies d'une matière gélatineuse concrète, ou d'un liquide huileux, s'anastomosent par le grand trou sciatique et le trou obturateur, avec d'autres veines très-volumineuses et remplies de la même matière, qui provenaient de la tumeur interne; en examinant ensuite les deux surfaces de l'os iliaque d'où naissent ces tumeurs, on trouve qu'elles sont rugueuses et inégales; le tissu spongieux est moins consistant, friable, et contient un liquide huileux, semblable à celui qui existe dans les cellules de la tumeur; et comme la communication vasculaire des deux faces de l'os ne peut offrir de doute, nous avons un deuxième point de contact qui devient très-important par l'étude de la structure intime des deux tumeurs. Leur tissu est composé d'aréoles de grandeur et de forme très-variables, les unes remplies d'une matière huileuse et jaunâtre, les autres de sang plus ou moins altéré, d'autres enfin d'une matière blanche, gélatineuse, qui est confondue dans quelques points avec les aréoles.

En examinant attentivement une des coupes de ce tissu, on peut s'assurer que la plupart des cellules communiquent les unes avec les autres, et qu'elles sont tapissées par une membrane fine et lisse, analogue à la tunique interne des veines. Un autre point d'identité avec un tissu érectile vei-

neux, c'est qu'on y trouve des brides et des valvules formées par la membrane interne seule. Ajoutons enfin qu'il a été possible de s'assurer d'une manière évidente, de la communication de ce lacis veineux interne, que je compare aux corps caverneux ou à la rate, avec les veines remplies de matières gélatineuses, que nous avons vues ramper à la surface de l'une et l'autre tumeur, d'où je conclus que toute cette masse est constituée par un tissu érectile, formé par l'accroissement des veines qui sont en si grand nombre dans le périoste, et qui forment presque à elles seules, d'après quelques anatomistes, le tissu spongieux des os.

C'est à cette sorte de maladie que Boyer donnaît le nom de fongus hématoïdes, de tumeurs fongueuses sanguines, constituées par des veines. Les caractères qu'il leur assigne sont ceux qui ont été fournis par celles qui nous occupent; tels sont leur apparition sur un os très-vasculaire, l'os des fémurs; leur accroissement rapide, leur origine attribuée à une contusion suivie d'une résolution incomplète, l'extrême vascularité de la peau et des tissus environnants annoncée par la teinte livide, et enfin le peu de désordre qu'elles ont occasionné dans l'économie, pendant un laps de temps assez long.

Il nous reste actuellement à parler de la sécrétion gélatineuse concrète, ainsi que de la matière colloïde, que nous avons rencontrée dans toutes les aréoles de ces tumeurs. Est-ce du cancer? Je ne saurais me prononcer à cet égard; je lui trouve cependant une grande analogie avec ce produit morbide; et je regarde ce fait comme tout-à-fait à l'appui de l'opinion de M. Cruveilhier qui considère le cancer comme une sécrétion veineuse particulière.

Hydrocéphalie. — *Déplissement complet des hémisphères cérébraux.* — *Chevauchement considérable des os de la voûte du crâne, chez un enfant de six jours.* — *Observation recueillie par M. PADIEU, interne à l'hospice des Enfants-Trouvés.*

(Lue à la séance du 13 août 1835.)

Le 25 juillet 1835, est entré à l'infirmerie de médecine de l'hospice des Enfants-Trouvés, un enfant du sexe féminin, âgé de quatre jours, d'une taille et d'une force moyenne. Les membres thoraciques et abdominaux sont bien développés; l'embonpoint est assez considérable; léger ictère; endurcissement œdémateux assez intense du tissu cellulaire des extrémités et du dos; résonnance obscure à la partie postérieure des deux côtés de la poitrine; nombreuses taches de purpura sur la figure. Le crâne est d'un petit volume, il présente à sa partie supérieure des lignes osseuses fort saillantes, dues au chevauchement des os. Les fontanelles ont entièrement disparu. La face proémine en avant; les yeux saillants paraissent plus gros que dans l'état normal; le front est déprimé. Pendant le séjour de cet enfant à l'infirmerie, nous ne remarquâmes rien qu'on ne trouve chez tous les enfants nouveau-nés qui, comme lui, sont affectés d'endurcissement du tissu cellulaire, et d'une double pneumonie. Les mouvements étaient lents, son cri faible et incomplet; il n'exerçait aucun mouvement de succion lorsqu'on lui plaçait le doigt dans la bouche. Pendant les six jours qu'il vécut, il ne prit qu'un peu d'eau sucrée. Il mourut le 27 juillet, et nous trouvâmes à l'autopsie une pneumonie, passée au second degré, et qui occupait toute la partie postérieure des deux peumons.

Lorsque les téguments de la tête furent enlevés, je sciai le crâne d'avant en arrière, en y comprenant le cerveau;

aussitôt une quantité considérable de sérosité légèrement citrine sortit des ventricules; je renversai la voûte en arrière et je trouvai le cerveau dans l'état suivant :

Les deux hémisphères cérébraux recouverts de leurs membranes, auxquelles ils adhèrent intimement, sont réduits à une simple lame, qui n'est pas dans tous les points appliquée contre les os; elle n'est pas distendue autant qu'elle aurait pu l'être, et forme un assez grand nombre de plis. La couche de substance cérébrale qui en fait partie est jaunâtre, très-ferme, coriace. Cette lame est extrêmement mince; dans une grande partie de son étendue, elle n'a guère qu'un quart de ligne d'épaisseur, dans d'autres points un sixième de ligne, et tout-à fait en avant; l'hémisphère droit n'est formé que par les membranes d'enveloppe, à la face interne desquelles on voit encore quelques stries de substance cérébrale. Les ventricules latéraux ont une grande capacité; ils communiquent largement l'un avec l'autre par une ouverture ovale, qui occupe la place du septum lucidum, dont il ne reste plus que quelques débris, sous la forme de cordons lisses et arrondis. Il existe plusieurs petites cavités, formées par l'écartement de deux feuilletts de la substance cérébrale; elles sont parfaitement lisses, ce qui me paraît indiquer qu'elles se sont formées long-temps avant la mort. Une de ces petites cavités, plus considérable que les autres, est placée au côté externe du ventricule latéral gauche, avec lequel elle communique par une ouverture du diamètre d'une ligne environ. On voit dans ces poches accessoires et dans les ventricules latéraux, des colonnes de différentes grosseurs, formées par de la substance cérébrale, libres dans leur partie moyenne, à la manière de certaines colonnes charnues du cœur. Dans ces ventricules, on trouve les plexus choroïdes qui sont volumineux, et appliqués sur les couches optiques; ces dernières et les corps striés se distinguent fort bien, mais ils sont réduits à un petit volume. La cavité du troisième ventricule est presque normale;

il n'y a de dilaté que ses ouvertures de communication avec les ventricules latéraux.

La voûte à trois piliers et le corps calleux existent dans toute leur étendue ; mais ce dernier est très-aminci ; on voit encore sur la face supérieure, le raphé et deux autres lignes longitudinales saillantes (nerfs longitudinaux de Lancisi).

La base du cerveau n'offre rien de remarquable ; tous les nerfs existent, seulement ils m'ont paru avoir un volume moins considérable que dans l'état normal.

Les os du crâne offrent ceci de remarquable, que loin d'être fortement écartés vers les sutures, et amincis ainsi que cela a lieu dans les hydrocéphalies ordinaires, ils paraissent au contraire plus épais, plus durs, à un degré d'ossification plus avancé qu'ils ne doivent l'être à cet âge, et non-seulement les sutures n'existent pas, mais les os chevauchent fortement, même vers les fontanelles qui se trouvent ainsi entièrement fermées. Il résulte de cette disposition que le crâne est moins volumineux que dans l'état naturel, circonstance qui étonne quand on se rappelle le développement monstrueux de cette partie dans la plupart des hydrocéphalies.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° 6 (3^e SÉRIE) — (Février 1836),

RÉDIGÉ

PAR MM. BELL, VALLEIX, CAZALIS, DENONVILLIERS,
MAROTTE ET SONNIÉ-MORET.

*Compte rendu des travaux de la Société Anatomique
pendant l'année 1835;*

Par M. BELL, secrétaire.

Messieurs,

Il y a dix ans que la nouvelle Société Anatomique a été fondée, et déjà elle a marqué sa place dans les annales de la science. Si quelque circonstance imprévue venait à la dissoudre, elle laisserait, comme traces de sa trop courte existence, des travaux utiles qui seront chaque jour mieux appréciés. Mais, hâtons-nous de le dire, rien ne fait craindre une fin aussi prochaine; jamais la Société n'a présenté, nous pouvons le dire avec orgueil, plus d'éléments de succès et de durée. Faible, inconnue dans ses commencements, elle a grandi peu à peu, et aujourd'hui elle marche d'un pas ferme et assuré dans la voie qu'elle s'est tracée. Ses travaux ont été appréciés par les hommes pour qui un nom célèbre n'est pas le seul titre à l'intérêt. M. le doyen, reconnaissant tout ce qu'il y a de richesses scientifiques dans votre institution, a voulu la mieux rattacher à la Faculté, et lui a donné un local de séances près du Musée que l'on doit à l'illustre fondateur de la première Société Anatomique. Cet intérêt, Messieurs, vous le devez à l'utilité incontestable de vos travaux. Jamais ils ne furent plus nombreux, plus importants; vos publications en font foi : aussi est-ce avec crainte que j'en-

treprends de vous retracer ici un rapide exposé des faits qui, depuis un an, ont passé sous vos yeux; puisse-je n'être pas resté trop en dessous de la tâche que vous m'avez confiée.

L'anatomie normale n'a été, cette année comme les précédentes, l'objet que de travaux peu nombreux. M. Valleix vous a communiqué, sur le développement des os du crâne après la naissance, un mémoire étendu, à l'appui duquel il vous a fait voir un grand nombre de pièces. Il vous a montré que le périoste n'est pour rien dans leur développement; mais que le réseau vasculaire interne des os produit d'abord une lame osseuse qui le tapisse inférieurement, c'est la table interne; puis, que continuant à s'accroître en largeur et en épaisseur, il se recouvre d'une autre lame compacte: mode de développement très-différent, comme on voit, de celui qu'ont admis les anatomistes.

M. Tessier, dans une note sur la structure des cartilages articulaires, a considéré ces corps comme constitués par une trame organique imbibée par un liquide, privée de nerfs et de vaisseaux ainsi que de sécrétion interne régulière: pour lui les cartilages articulaires sont des organes incomplètement développés. Quant à leur connexion avec les os, il les regarde comme la continuation et la terminaison des fibres osseuses et non point comme une déposition à leur surface. La partie libre du cartilage est revêtue par une membrane lisse qui se continue sans ligne de démarcation avec la synoviale, mais qui en diffère essentiellement par l'absence de vascularité.

M. Laurent vous a fait connaître les résultats de ses recherches sur le tissu jaune élastique; il a vu que souvent, chez les animaux vertébrés, il se présente sous forme de corps charnus terminés par de petits tendons, structure retrouvée par M. Thomson dans les ligaments jaunes des vertèbres de l'homme. Cette communication a fourni à M. Laurent l'occasion de vous faire connaître ses idées sur la dis-

sion des tissus; vous trouverez dans un de vos prochains bulletins la note remise à ce sujet par M. Laurent.

M. Chassaignac vous a montré de nouveau plusieurs têtes de fœtus sur lesquelles existaient au-dessous de la symphyse du menton deux petits tubercules osseux, dont il vous avait déjà signalé la présence, et auxquels il proposait de donner le nom d'os intermaxillaires inférieurs. Des recherches ultérieures faites sur un grand nombre de têtes ont confirmé la fréquence de ces tubercules osseux.

Le plus grand nombre des présentations dont l'anatomie descriptive a été l'objet est due à M. Thomson. Il vous a successivement communiqué ses travaux sur le périnée, le nerf de la neuvième paire, sur un appareil aponévrotique de la vessie et le rectum, sur l'aponévrose du muscle droit abdominal et sur le fascia transversalis. Mais tous ces mémoires devant être ultérieurement le sujet de rapports de commissions chargées d'examiner les préparations, je me borne à vous les indiquer ici.

Bon nombre d'anomalies anatomiques vous ont été présentées, je ne vous signalerai que les plus intéressantes. Comme telles, je vous rappellerai le cas que vous a offert M. Bordet. Sur un individu qui avait une atrophie du bras gauche, il vous montra que l'humérus se continuait sans ligne de démarcation avec le radius, et que le cubitus manquait dans presque toute son étendue; les extrémités seules offraient une structure osseuse, mais elles étaient si irrégulières qu'il était impossible d'y retrouver les parties correspondantes de l'os. Le corps du cubitus était remplacé par un cordon fibreux du volume d'une plume ordinaire; lequel servait à unir les deux extrémités. Cinq os formaient le corps, et trois seulement composaient le métacarpe. Des changements notables existaient dans la disposition des muscles, des artères et des nerfs; il serait trop long de nous y arrêter, mais n'oublions pas de faire remarquer que cette atrophie du membre supérieur coïncidait avec une atrophie du corps

strié et de la couche optique du cerveau. — L'existence de côtes cervicales est un fait assez rare, quoique bien connu. Dans l'exemple présenté par M. Boinet, vous avez vu une petite côte d'environ trois pouces de long, articulée en avant avec le bord supérieur de la première côte dorsale. Ce fait a servi d'occasion à M. Laurent de développer les analogies qui faisaient considérer les côtes comme formées par le développement de la partie antérieure des apophyses transverses.

M. Lediberder vous a présenté un enfant de seize jours privé de clavicule, d'omoplate et de membre supérieur du côté gauche. Une cicatrice froncée, siégeant à la partie supérieure de la poitrine de ce côté, montrait que les parties absentes avaient existé à une certaine époque et s'étaient séparées par suite de quelque maladie du fœtus.

Une autre anomalie fort curieuse vous a été montrée par M. Padiou (Bull. n° 3, p. 95) chez un enfant du sexe féminin qui vécut trois jours : on trouva l'œsophage se terminant en cul-de-sac à un pouce au-dessous du larynx. L'extrémité inférieure du canal œsophagien s'ouvrait à la partie inférieure de la trachée par une petite ouverture froncée. Le sujet ne présentait rien autre chose d'anormal.

Un exemple remarquable d'absence complète de l'iris, des deux côtés, vous a été soumis par M. Pegot (4° Bull.). Elle existait chez un enfant d'une dizaine d'années, dont la vue était très-bonne et ne différait en rien de celle de plusieurs enfants de son âge avec laquelle on la compara.

Les anomalies artérielles qui vous ont été présentées affectaient toutes les artères du membre supérieur. La plus curieuse est celle que vous a fait voir M. Cruveilhier : l'artère humérale était placée plus profondément qu'à l'ordinaire ; elle passait sous le tendon du muscle biceps, puis se bifurquait pour former, comme à l'ordinaire, les artères radiale et cubitale. Une branche anormale se séparait de l'axillaire, occupait le trajet de la brachiale dans tout son trajet et venait se jeter dans la radiale, près de son origine. C'eût été

un de ces cas où une opération pratiquée sur la brachiale pour une maladie de l'avant-bras n'eût pu être suivie d'aucun résultat avantageux. Je ne vous décrirai pas les autres cas d'anomalies artérielles, elles offrent moins d'intérêt; je passerai sous silence également les dispositions assez variées des reins, que vous avez vues; ces cas ne sont pas assez rares pour nous y arrêter: arrivons à la partie de vos travaux la plus riche et la plus variée.

Anatomie pathologique. — Maladies du système osseux. — La maladie désignée dans ces dernières années sous le nom de céphalématome a été peu étudiée en France, et sa connaissance est due surtout aux accoucheurs allemands. Ils ne sont pas du même avis sur la cause de cette hémorrhagie du tissu osseux; les uns, avec Carus, Wendt et Osiander, regardent cet épanchement comme produit par un travail difficile et par les pressions éprouvées par la tête dans son passage à travers le bassin; les autres, plus nombreux, adoptant les idées de Siébold, Michaelis et Nægèle, s'accordent, pour rejeter l'influence du travail sur la production du céphalématome. M. Valleix a cherché à résoudre cette question, et, dans une série de pièces qu'il vous a présentées, il a démontré que l'exsudation sanguine était produite par la constriction du col de la matrice sur le sommet de la tête pendant le travail. Vous avez suivi la suite non interrompue des transformations depuis la simple ecchymose sanguine jusqu'à l'épanchement sanguin. Vous avez vu celui-ci s'organiser, une couche cellulo-vasculaire s'y former, et l'ossification s'y développer rapidement.

M. Valleix vous a signalé aussi un cas dans lequel un abcès développé entre le péricrâne et l'aponévrose fronto-occipitale en avait imposé pour l'existence d'un céphalématome. Il vous a fait connaître à quels caractères on pourrait diagnostiquer cette affection, qui n'avait pas encore été indiquée parmi celles qui peuvent simuler le céphalématome.

Parmi les cas nombreux de fractures qu'il vous ont été montrés, vous n'avez pas oublié celui qui a été recueilli par M. Gallé. A une fracture de l'extrémité supérieure du radius se joignait une fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus et de la tubérosité interne de l'humérus : de plus le cubitus s'était luxé en arrière sur l'humérus, mais cette luxation était incomplète. Tous ces désordres avaient été causés par le choc violent d'une porte cochère fermée au moyen d'un gros poids. Aucun appareil n'avait été appliqué, et au bout de trois mois les mouvements des membres s'étaient rétablis peu à peu, au point de permettre à la malade de reprendre l'exercice de la couture. La déformation et un peu de faiblesse de ce côté fut tout ce qui lui resta de ce grave accident. Comme l'a fait remarquer l'auteur de l'observation, l'art ne fût pas parvenu à un résultat aussi satisfaisant, et probablement l'application d'un appareil contentif eût déterminé l'ankylose du coude en permettant la consolidation des deux fragments du radius. Ce sont de ces cas où la nature doit être abandonnée à ses propres forces.

La possibilité de la production de fractures incomplètes a été admise dans ces derniers temps, malgré l'opinion contraire de beaucoup de chirurgiens célèbres, Boyer entre autres : M. Gariel vous en a présenté deux exemples sur le même sujet. Chez un jeune homme, tombé d'un second étage, il trouva une fracture incomplète de l'os iliaque près de l'articulation sacro-iliaque : une seconde fracture longitudinale existait en dedans de la branche de la mâchoire, au niveau de l'entrée du canal dentaire : aucune trace de solution de continuité n'existait à la face externe. Vous vous êtes assurés par l'examen le plus attentif des pièces que les fractures étaient bien réellement bornées à une partie de l'épaisseur de l'os.

Vous avez vu un assez bon nombre de pièces relatives à la fracture du col du fémur. Une discussion s'est spécialement engagée sur les causes de la déviation du pied en de-

dans dans certains cas de cette fracture. M. Mercier chercha à démontrer par des pièces que la direction des fragments de la fracture et le siège de celle-ci n'avaient pas d'influence sur la rotation en dedans, laquelle était toujours dans ces cas le résultat de l'action des causes extérieures. La thèse soutenue par M. Mercier ne vous a pas semblé suffisamment prouvée, et vous vous en êtes tenu à l'explication qui vous a été donnée par M. Chassaing d'après Ast. Cooper.

Parmi les fractures du corps du fémur, vous avez distingué celle que vous a offert M. Gendron ; le fragment supérieur divisé longitudinalement avait permis au fragment inférieur de se loger entre ses deux parties, qu'il tenait fort éloignées l'une de l'autre. La consolidation opérée dans cette position donnait au cal un volume extrême, et le raccourcissement qui en était résulté ne pouvait manquer d'être très-considérable.

Comme dernier exemple de fractures, je vous citerai ce cas curieux d'une ancienne ankylose du coude qui avait été rompue en travers, ainsi que les téguments amincis, par suite d'une chute sur le bras; le chirurgien, ne pensant pas que la communication du foyer de la fracture avec l'air extérieur pût constituer une complication aussi grave qu'à l'ordinaire, vu le peu d'épaisseur des téguments, l'amputation du bras ne fut pas pratiquée : la mort survint tout-à-coup le douzième jour.

Les caries vertébrales qui nous ont été présentées vous ont permis d'observer la forme dans laquelle les cartilages intervertébraux paraissent être le point de départ de la maladie. Telle était la pièce de M. Pietz, le quatrième disque intervertébral était complètement détruit, et la partie inférieure de la quatrième vertèbre dorsale, ainsi que la partie supérieure de la cinquième, avaient été érodées par la carie; la surface affectée était grise, sèche, vermiculée, sans infiltration; les ligaments verticaux et les corps de ces vertèbres étaient dans leur intégrité. Dans la pièce présentée par M. Barthès,

au contraire, la substance spongieuse des vertèbres était occupée par un grand nombre de tubercules comme enkystés dans le tissu osseux, et dont un bon nombre s'était fait jour au dehors : dans quelques points la substance tuberculeuse semblait infiltrée.

Quelques luxations d'un grand intérêt vous ont été montrées ; c'est à ce titre que je vous rappellerai le beau cas de luxation complète de la troisième vertèbre cervicale sur la quatrième, que vous a fait voir il y a peu de jours M. Diday. Un jeune homme portant un lourd fardeau fit une chute dans un escalier; le blessé ne put se relever : il y avait perte du mouvement et de la sensibilité de tout le corps, excepté de la tête et du cou. On vit à l'autopsie le corps de la 3^e vertèbre cervicale faisant une saillie de trois lignes au-devant du niveau des autres, le fibro-cartilage intervertébral déchiré, les apophyses articulaires inférieures passées au-devant de celles de la 4^e vertèbre, et le ligament jaune dilaté. Un petit fragment osseux s'était séparé de la partie inférieure du corps et de l'apophyse transverse de la vertèbre et adhérerait encore au disque cartilagineux; mais cette petite esquille ne peut empêcher de regarder ce cas comme un des plus complets et des plus curieux qui aient été publiés : la pièce, conservée dans vos archives, permettra à tout le monde de s'assurer de l'état des parties, et viendra fortifier l'opinion des auteurs qui ont rejeté la doctrine trop répandue de l'impossibilité des luxations des vertèbres.

Un autre fait bien curieux de luxation vous a été montré par M. Nélaton (2^e Bull.); elle occupait les articulations scaphoïde et calcanéo-astragaliennne, l'astragale ayant conservé ses rapports avec les os de la jambe. La tête de l'astragale s'était portée d'abord en dedans, puis en avant, et reposait sur la face interne du scaphoïde, tandis que la rainure de son col recevait le bord tranchant du même os qui entoure la fosse scaphoïdienne; enfin son angle postérieur s'était enfoncé dans l'excavation de la face supérieure du calca-

néum. Cette luxation s'accompagnait de grands désordres. Il y avait fracture de la malléole péronéale, déchirure partielle du ligament latéral interne du pied et du ligament calcanéo-cuboïdien; déchirure complète du ligament astragalo-calcanien et du ligament astragalo-scaphoïdien. Les efforts de réduction les plus puissants avaient été sans résultat.

M. Baron vous a soumis un exemple de luxation fort ancienne de l'articulation coxo-fémorale, laquelle avait été considérée comme congénitale. La tête du fémur, déformée et aplatie, s'était formé une nouvelle cavité au-dessus et en arrière de la cavité normale. Elle y était fixée par une capsule très-forte, presque entièrement formée aux dépens du ligament capsulaire normal. Au-dessous se voyait la cavité primitive rapetissée et remplie par un tissu fibreux. Il était facile de faire exécuter au fémur des mouvements assez étendus.

Plusieurs cas de ramollissement de la substance des os vous ont été montrés, et vous avez remarqué qu'ils avaient pour sujets des femmes âgées, affaiblies par de longues maladies. Ce ramollissement était accompagné de l'infiltration sanguine du tissu osseux, au point que la pression en faisait suinter du sang. Dans ces cas la substance compacte avait disparu; les cartilages articulaires avaient été détachés, et du sang s'était échappé dans les articulations. La plus importante de ces communications est celle que vous devez à M. Godin. (4^e Bull.) Il vous a fait remarquer que la pression exercée sur les os épais fournissait une sensation non équivoque de crépitation: or, la malade avait été traitée deux mois auparavant pour une fracture du péronée dont on ne put retrouver de traces à l'autopsie; n'est-il pas plus que probable que la crépitation fournie par la pression des os en aura imposé pour la présence d'une fracture qui n'existait pas? Il est difficile en effet que la réunion eût pu s'opérer parfaitement sur un os aussi profondément altéré.

Vous rappellerai-je le mémoire de M. Mouret sur l'analyse chimique des os malades, et la singulière conclusion à laquelle il est arrivé; c'est-à-dire que la composition chimique des os malades ne diffère pas d'une manière sensible de celle des mêmes parties à l'état sain? Conclusion désespérante, puisqu'elle exclurait la chimie de l'étude des altérations organiques du tissu osseux. Mais avant d'admettre un aussi bizarre résultat, attendons que de nouveaux travaux l'aient mis tout-à-fait hors de doute.

Le Système nerveux et ses dépendances ont fourni une ample moisson à vos observations. Vous avez revu plusieurs exemples d'épanchements sanguins circonscrits dans la grande cavité de l'arachnoïde, et chacun de ces faits est venu confirmer ce qui avait été avancé par M. Baillargé, dans le travail remarquable qu'il vous présenta l'année dernière. Dans un cas que vous montra M. Fournet (Bull. n° 1), vous vîtes les parois du kyste assez molles, rougeâtres, mais adhérentes au feuillet pariétal de la séreuse, tandis qu'à son intérieur on rencontrait un liquide rouge sanguinolent; c'est le premier degré de l'organisation du kyste. Dans un second exemple qui vous fut présenté en même temps par M. Fournet, les feuillets du kyste étaient lisses et polis; il ne contenait plus qu'un liquide séreux, faiblement coloré. L'origine de ces kystes a été mise hors de doute par les deux pièces que vous ont montrées MM. Andral et Leriche. Dans la première (Bull. n° 1) existait une poche à parois épaisses, contenant dans leur intervalle une petite quantité de liquide presque incolore: l'os correspondant présentait les traces d'une ancienne fracture, et on voyait sur les téguments une cicatrice adhérente. Sur la pièce de M. Leriche (2^e Bullet., p. 58) on retrouve le sang lui-même dans l'intérieur de la poche; il était noirâtre, et d'après l'aspect on pouvait juger qu'il datait d'une époque assez éloignée. Autour du caillot existait une masse gélatineuse contenue dans un tissu cellulaire très-délicat; les parois de

la poche étaient très-épaisses et très-résistantes ; il y avait des traces d'une ancienne fracture. Du côté opposé existait une solution de continuité récente de la base du crâne et un épanchement de sang à peine coagulé ; mais, chose bien digne d'attention, le kyste ancien n'était nullement adhérent à l'arachnoïde pariétale. Ces faits, rapprochés de ceux qu'a cités M. Calméil, nous font rejeter les hémorrhagies qui siègeraient entre la dure-mère et l'arachnoïde.

M. Laborie (2^e Bullet.) nous a montré une tumeur adipeuse provenant de la faux cérébrale, à laquelle elle n'était unie que par des vaisseaux volumineux. Elle avait comprimé le corps calleux auquel elle adhérait, et cependant aucun symptôme n'avait fait soupçonner sa présence. Nouvel exemple de la difficulté du diagnostic des tumeurs développées à l'intérieur du crâne.

Un exemple d'envahissement, de destruction de la dure-mère vertébrale par de la matière tuberculeuse, vous a été présenté par M. Petel. Les vertèbres elles-mêmes avaient été fortement endommagées par le tissu de nouvelle formation, et cependant la moelle était restée saine au milieu de cette profonde altération.

Les lésions de la substance même de l'encéphale ont été peu nombreuses ; la plus remarquable est celle que vous a communiquée M. Béniqué. Chez un jeune homme affecté d'otite chronique, on trouva un vaste foyer de suppuration, dont les parois molles et de couleur grisâtre répandaient une odeur infecte. Quelques membres étaient disposés à voir là un exemple de gangrène du cerveau, cette altération si peu connue. Mais après une discussion approfondie, la plupart n'ont vu là qu'un abcès simple, et dans la coloration des parois qu'un phénomène d'imbibition. Du reste, le cas présenté par M. Béniqué offrait encore un point intéressant ; c'était la parfaite intégrité de la surface du rocher, tandis que son intérieur était détruit, et que la dure-mère, décollée dans l'étendue d'un pouce carré, amincie, présentait

plusieurs perforations. Ici, certes, le pus trouvé dans le cerveau ne provenait pas de l'intérieur de l'oreille.

Un cas d'hydrocéphalie chronique ventriculaire vous a été présenté par M. Padiou (5^e Bull.). Il offrait ceci de particulier que le crâne était d'un petit volume, et que les os, loin d'être écartés et amincis, étaient au contraire plus épais, plus durs, que les sutures n'existaient pas, et que même les os chevauchaient fortement, ce qui ne peut s'expliquer que par la disparition d'une partie du liquide qui, à une époque plus ou moins éloignée, distendait les os du crâne et les sutures. Quant à la cause de ce phénomène, des hypothèses ont été émises, mais vous n'avez pas dû vous y arrêter; le but de votre société est essentiellement positif et rejette tout ce qui n'est que pure spéculation.

Vous n'avez vu que deux exemples de tubercules du cerveau; l'un vous a été présenté par M. Maisonneuve (2^e Bullet.). La production morbide occupait le centre de la couche optique: le malade, qui succomba à une carie de la symphyse pubienne, avait présenté depuis trois ans une paralysie complète du mouvement et du sentiment dans l'extrémité supérieure du côté opposé; le membre inférieur avait conservé à un très-faible degré la motilité et la sensibilité; la langue était paralysée, l'intelligence obtuse. C'est donc là un fait de plus qui milite fortement contre la localisation du mouvement des membres dans la couche optique et le corps strié, opinion que veulent encore soutenir quelques pathologistes.

Dans le deuxième cas, qui vous a été communiqué par M. Desprez, le tubercule envahissait tout l'hémisphère cérébelleux du côté gauche, et pénétrait même dans le conduit auditif interne; la septième paire avait été sensiblement comprimée; cependant il n'existait ni paralysie de la face ni altération de l'ouïe.

Un des cas les plus curieux que vous ayez eu occasion d'observer est certainement cette acéphalocyste solitaire du

volume d'un gros œuf de poule, occupant le centre du lobe moyen du cerveau. Une paralysie incomplète du côté opposé du corps avait été le seul symptôme de la présence de cette hydatide, dont les caractères distinctifs furent positivement constatés. Les cas de cette espèce sont extrêmement rares; habituellement on a confondu avec les acéphalocystes les kystes séreux si fréquents à la surface du cerveau, et les parasites, dont l'existence a été bien déterminée, étaient presque tous des cysticerques. Espérons que l'observation pourra être publiée avec détails dans vos Bulletins.

Des doutes se sont élevés de toutes parts sur les faits qui tendent à faire admettre que quelquefois l'hémiplégie siège du même côté que l'altération du cerveau qui la produit. On s'est toujours rejeté sur le peu de soin avec lequel les malades ont été observés, ou sur la légèreté qui a présidé aux recherches cadavériques. M. Diday vous a présenté un exemple de cette inexplicable anomalie. Chez une femme qui depuis cinq ans était hémiplégique, et qui succomba à une dyspnée symptomatique d'une lésion du système circulatoire, on trouva un ancien kyste apoplectique occupant le corps strié et la cou che optique du même côté que l'hémiplégie. L'hémisphère opposé était parfaitement sain; on y revint à plusieurs fois; aucune portion du cerveau, du cer velet ou de la protubérance ne fut laissée sans être l'objet de l'examen le plus minutieux. Ici, on ne peut rien alléguer contre l'observation; les détails en sont trop circonstanciés pour qu'il ait pu y avoir erreur; le fait a été observé à la Salpêtrière dans le service de M. Cruveilhier, et vous connaissez trop son zèle et son dévouement pour la science pour croire qu'une observation aussi importante n'ait pas été vérifiée avec toute l'exactitude possible : elle nous semble sous ce rapport à l'abri de toute critique. Sans doute que c'est un fait pour nous inexplicable; mais que de faits bien vérifiés il nous faudrait rejeter si nous n'admettions comme vrai que ce que nous pouvons expliquer! Enregistrons les

observations, d'autres plus heureux que nous trouveront peut-être le mot de l'énigme.

Si les travaux des physiologistes modernes sur les fonctions du nerf de la septième paire avaient besoin d'être confirmés par de nouveaux faits, les pièces que vous ont communiquées M. Vernois (1^{re} Bull.) et M. Nivet seraient bien propres à remplir ce but. Chez deux sujets affectés d'otite chronique et de paralysie du côté correspondant de la face, avec conservation de la sensibilité, vous avez vu le nerf facial détruit dans son trajet à travers l'aqueduc de Fallope, tandis qu'il paraissait sain à la sortie de ce conduit. C'est une de ces expériences heureuses que le scalpel des vivisecteurs ne pourrait exécuter d'une manière aussi complètement satisfaisante.

Pour terminer ce qui est relatif au système nerveux, je vous rappellerai le bel exemple de cicatrice du nerf poplité qui vous a été montré par M. Ribes (4^e Bull.). Le malade avait reçu, quelques années auparavant, un coup de feu qui avait traversé la partie inférieure de la cuisse et brisé le fémur. Vous avez constaté sur le trajet du nerf la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, formée en partie de tissu cellulaire fort dense, et en partie par la substance nerveuse hypertrophiée : la cicatrice avait atteint la seconde période du travail de réparation qu'ont signalé Cruikshank, Meyer et Béclard dans leurs expériences sur la reproduction des nerfs. Ici comme dans la plupart des cas rapportés par les auteurs, le ganglion nerveux était le siège de douleurs tellement vives que le malade, qui avait résisté pendant quatre ans à toutes les sollicitations, se décida à subir l'amputation de son membre.

M. Sonnié Moret (2^e Bull.) a placé sous vos yeux un de ces cas décrits comme des ossifications de la réline, mais que M. Cruveilhier regarde comme une altération de la membrane hyaloïde, laquelle ne contient plus de liquide. Votre président a pu constater quelquefois que ces corps os-

siformes étaient parsemés de cloisons fort distinctes, semblables à celles que présente, dans son état naturel, la membrane hyaloïde.

Voies respiratoires. Les altérations des voies respiratoires ont été si bien étudiées dans ces derniers temps qu'il ne reste que bien peu de choses nouvelles à dire sur ce sujet. Vous n'avez fait cette année que vérifier des faits déjà bien connus; j'en excepte cependant cette gangrène de l'épiglotte qui vous a été envoyée par M. Thomas de Tours (2^e Bull.). Les angines gangréneuses, après avoir été admises sans contestation pendant long-temps, ont été rejetées de la science par suite des travaux de M. Bretonneau sur la diphtérie. Il était donc d'une haute importance de vérifier si les voies respiratoires et digestives pouvaient être frappées de mortification. La pièce qui vous a été soumise par M. Thomas ne laisse aucun doute sur ce point. M. Bretonneau, à qui elle fut montrée, reconnut là un exemple de gangrène, et vous-mêmes avez partagé cette opinion. Remarquez, du reste, que cette altération co-existait avec une gangrène de la face interne de l'une des joues, semblable à celle que l'on voit si fréquemment se développer chez de jeunes enfants; rien cependant dans l'état du sujet ne paraissait le prédisposer à cette terrible affection.

Plusieurs pièces ayant pour objet des fausses membranes des voies aériennes vous ont été soumises. Dans les cas de croup (1^{er} et 2^e Bull.), la trachéotomie avait été pratiquée, mais la mort est survenue trente-six heures après l'opération. Dans toutes les observations, les fausses membranes se propageaient jusque dans les bronches : une seule fois elles étaient assez adhérentes à la muqueuse pour ne pouvoir en être facilement séparées. Rapprochons de ces exemples de croup le beau fait de bronchite pseudo-membraneuse que vous a soumis M. Cazeaux. Le grand nombre de tuyaux membraneux, leurs divisions dichotomiques, qui, dans quelques points, était poussée jusqu'à sept, leur peu d'adhé-

rence, les symptômes peu graves qui ont signalé leur présence, sont certes bien dignes d'intérêt. Leur structure parfaitement tubulée, reconnue au moment de leur expectoration par M. Cazeaux, mise hors de doute par les expériences subséquentes de M. Donné, permet d'établir un rapprochement avec la disposition des fausses membranes du larynx et de la trachée.

M. Stanski (3^e Bull.) vous a fait voir un cas de corps étranger introduit dans les bronches, se frayant un passage à travers le tissu pulmonaire, les parois thoraciques, et venant enfin sortir à la région des lombes. L'auteur de l'observation a fort bien fait voir que la phthisie à laquelle a succombé le sujet n'était point l'effet de la présence du corps étranger, et que les tubercules étaient antérieurs à son introduction dans les bronches : peut-être n'avez-vous pas partagé de même les idées de l'auteur sur l'inopportunité de l'extraction par la trachéotomie des épis de graminée qui ont pu pénétrer au-delà de la glotte : c'est là une question purement de pratique que l'expérience seule peut résoudre.

Je vous rappellerai encore cette singulière végétation siégeant à la partie antérieure des cartilages aryténoïdes que vous a présentée M. Barth. Développée chez un sujet affecté de syphilis, on n'eût pas manqué autrefois de lui attribuer le caractère vénérien; vous n'avez osé vous prononcer sur sa nature, surtout en voyant cette altération compliquée d'une inflammation et d'une suppuration du tissu cellulaire sous-muqueux avec dénudation et carie du cartilage cricoïde, cette affection si bien étudiée depuis plusieurs années par notre président.

Sans nous arrêter plus long-temps aux altérations des voies respiratoires, hâtons-nous d'arriver aux lésions des organes de la circulation; c'est là la partie la plus riche de vos Bulletins; il n'en est pas un qui n'en contienne plusieurs exemples remarquables. A ce titre je vous citerai le fait d'oblitération complète de l'aorte, présenté par M. Barth

(1^{er} Bull.). Vous avez vu cette oblitération constituée par un caillot depuis long-temps organisé, et le commencement des accidents éprouvés par la malade remontait à quatre ans. Vous vous êtes demandé jusqu'à quel point on pouvait voir là un exemple d'artérite guérie, mais sans pouvoir donner la solution de cette question. Un fait bien digne de remarque ressort encore de cette pièce, c'est que l'oblitération de l'aorte peut n'être pas accompagnée de l'augmentation du calibre des artères par lesquelles s'établit la circulation collatérale. Ici, en effet, tous les vaisseaux importants mesurés avec soin ont été trouvés au-dessous de leurs dimensions ordinaires. Le soin qui a présidé à la rédaction de cette observation, les détails presque minutieux dans lesquels l'auteur est entré, en font un des faits les plus curieux et les plus importants que possède la science sur ce sujet. Rapprochons de ce fait plusieurs cas d'oblitérations artérielles affectant les membres inférieurs, que vous ont présentés MM. Vernois (3^e Bull.) et Mercier (4^e Bull.). Sur cette dernière pièce vous avez constaté que les parois artérielles étaient rouges, ramollies, épaisses et parsemées de plaques calcaires : vous y avez reconnu les signes de l'artérite. Dans chacun de ces cas il y avait eu gangrène sèche des extrémités.

M. Guérard vous a soumis un cas d'altération et de végétations de la face interne de l'aorte chez un individu affecté de syphilis depuis quinze mois. Toutes les artères étaient parsemées de plaques de cette matière désignée par les auteurs sous le nom d'athéromateuse. Vous n'avez pas trouvé dans cette pièce de raisons suffisantes pour admettre l'opinion de Corvisart sur la nature syphilitique de ces ulcérations, vous n'avez vu là qu'une simple coïncidence. Est-ce à une semblable ulcération de l'aorte qu'il faut rapporter la perforation de ce vaisseau que vous a fait voir M. Boinet (3^e Bull.)? nous ne saurions le dire. L'aorte, parfaitement saine dans tout le reste de son étendue, offrait au niveau de la huitième ou neuvième vertèbre dorsale une ouverture

circulaire très-lisse, de deux lignes de diamètre environ. Rien n'avait jusque-là fait soupçonner une lésion des gros vaisseaux.

Vous avez vu avec intérêt la section de l'aorte opérée par une balle de pistolet, que vous a soumise M. Leguey (4^e Bull.). Certes, si l'on n'eût pas été prévenu, il eût été impossible de ne pas voir là une solution de continuité faite par un instrument tranchant. Nul écartement des bords de la plaie, netteté parfaite de chacune des lèvres. On se demande si la balle avait bien conservé sa forme arrondie, et si elle n'aurait pas été aplatie contre les parties qu'elle avait traversées et n'aurait pas agi par un bord presque tranchant.

Vous avez vu bon nombre d'anévrysmes de l'aorte et d'autres artères, parmi lesquelles je vous citerai, comme les plus dignes d'intérêt, cet anévrysme de la basilaire que vous a montré M. Lebert, et que les détails de l'observation rendent si important, la plupart des faits de ce genre étant écourtés et privés de l'histoire des symptômes. La pièce conservée, et plusieurs dessins que vous devez à l'obligeance de l'un de vos membres, seront des pièces à l'appui de l'observation que vous publierez prochainement. Un autre exemple d'anévrysme vous a été offert par M. Baron : la tumeur siégeait sur la carotide à son passage dans le sinus caverneux, et paraissait s'y être rompue; un épanchement de la grosseur d'une amande, décoloré, occupait le sinus caverneux : n'est-ce pas à cette cause qu'il faut rapporter la dilatation variqueuse des veines de l'orbite, qui avait causé une exophtalmie considérable? Ce qui semble encore venir à l'appui de cette opinion, c'est le bruit de souffle fort intense que faisait percevoir le stéthoscope appliqué sur le globe oculaire déplacé.

Deux cas remarquables de communication entre les ventricules du cœur vous ont été soumis par MM. Barth et Husson. Dans l'observation de M. Barth, une singularité se fait remarquer : c'est un amendement subit de tous les

symptômes que rien n'a pu expliquer. Dans le fait de M. Husson, la communication était placée à la partie supérieure et postérieure de la cloison, de sorte qu'on pouvait croire au premier coup-d'œil que l'aorte s'insérait en partie sur le ventricule droit : une autre anomalie existait dans la disposition du ventricule droit ; elle faisait mieux ressortir encore les deux portions que M. Cruveilhier a indiquées dans son ouvrage d'anatomie comme formant ce ventricule. Sa portion auriculaire était séparée de la portion pulmonaire par un diaphragme oblique, percé à son centre d'une ouverture d'environ deux lignes de diamètre. Ce n'était donc qu'une exagération de l'état normal qui faisait reconnaître au premier coup-d'œil ce que M. Cruveilhier n'avait pu apercevoir qu'à l'aide des injections solides. — Vous avez vu avec intérêt la rupture de l'oreillette gauche produite sous l'influence des causes extérieures, que vous a communiquée M. Gariel ; mais le cas est d'une si parfaite ressemblance avec celui qui est consigné dans la thèse de M. le professeur Bérard, que je crois inutile de m'y arrêter. Je vous signalerai aussi en passant ce cas de ce qu'on pourrait appeler anévrysme de l'oreillette gauche, qui vous a été offert par M. Michou. La membrane interne du cœur avait poussé devant elle les fibres charnues qui s'étaient rompues : la tumeur avait continué ses progrès, de sorte que l'on voyait les fibres charnues s'avancer sur sa base et disparaître bientôt. Ce serait là un exemple d'anévrysme mixte interne produit spontanément. Je rapprocherai de ce cas celui d'anévrysme partiel du ventricule gauche, faisant saillie à la surface du cœur et ayant contracté des adhérences avec le péricarde. M. Mercier, qui vous le fit voir (1^{re} Bull.), chercha à remonter à la cause de cet anévrysme, et crut pouvoir établir qu'il était dû à un état inflammatoire de toute l'épaisseur de la paroi du cœur, et non point à une ulcération ou à une hernie de la membrane interne de cet organe.

Je ne ferai que citer l'ossification de la zone fibreuse du

cœur, dont M. Roger vous a fait voir un exemple remarquable, pour arriver à une question plus importante de la pathologie du cœur : je veux parler des concrétions sanguines qui se forment dans ses cavités. Ce sujet, qui avait beaucoup occupé les anatomistes des dix-septième et dix-huitième siècles, a été tout-à-fait négligé de notre temps. Les assertions hypothétiques de Corvisart et de Laennec, une thèse fort connue de M. Legroux, voilà les seules sources où l'on puisse aller puiser des renseignements : aussi, ne craignons pas de le dire, la question est tout entière à traiter. Il serait glorieux pour la Société anatomique de faire l'histoire complète des caillots du cœur ; espérons qu'elle répondra à ce vœu : elle le peut, puisqu'il ne s'agit que de rassembler des faits bien observés et accompagnés de détails suffisants. Or, une seule observation semblable n'a pas encore été publiée ; cependant c'est dans la collection de vos Bulletins que se trouvent les renseignements les plus nombreux et les plus dignes d'intérêt : cette année surtout a été riche en pièces de ce genre. Rappelez-vous, en effet, ce singulier caillot, trouvé par M. Guénard (1^{er} Bull.) dans l'oreillette gauche chez un sujet affecté de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire correspondant. Du volume d'une noix de muscade, parfaitement arrondi, revêtu de deux couches membraniformes lisses, il présentait deux espèces de pôles rugueux, correspondant centre pour centre à l'orifice auriculo-ventriculaire, de sorte que l'on eût dit que la coagulation s'était faite excentriquement, et que le sang passait à travers un canal qui ne se serait oblitéré qu'après la mort.

Dans une seconde pièce, présentée également par M. Guénard (4^e Bull.), vous avez vu du pus au centre de petits caillots adhérents, chez un sujet qui n'offrait aucun foyer de suppuration, et dont la membrane interne du cœur était parfaitement saine. Dans le cas présenté par M. Nivet, au contraire, le sujet était affecté de phlébite suppurée des

veines iliaques et des membres inférieurs : les deux caillots n'adhéraient pas aux parois, et ils occupaient les cavités droites du cœur. Une autre espèce de caillot purulent du cœur vous a été offert par M. Mercier ; il occupait la pointe du ventricule gauche qui formait une espèce de cavité aplatie, représentant le premier degré de l'anévrysme partiel. Au centre du caillot dense et décoloré se trouvait une matière sanieuse, purulente, à demi liquide. Il était séparé de la cavité du ventricule par une bande membraniforme, revêtue par sa face ventriculaire d'une couche de sang noir coagulé.

Rapprochons de ce fait la pièce montrée par M. Fournet d'une couche membraniforme, peu épaisse, revêtant les cavités gauches du cœur, et s'enlaçant autour des valves, exemple non équivoque, il nous semble, d'inflammation pseudo-membraneuse du cœur, quoique M. Fournet fût porté à penser que les symptômes présentés par le malade étaient dus à la présence d'une péricardite.

Je crois devoir vous citer aussi ce cas curieux observé par M. Reignier (1^{er} Bull.), de rapture du bord de plusieurs valves sigmoïdes, laquelle s'accompagnait, pendant la vie, d'un bruit musical particulier : regrettons que l'auteur n'ait pu nous communiquer que des détails incomplets.

Nous arrivons à la phlébite, à cette maladie des veines que la Société anatomique n'a pas peu contribué à éclairer ; car dans ses Bulletins ont été publiés les premiers travaux de Dance, et dans les discussions élevées dans son sein il a trouvé de nouvelles lumières. A propos d'une phlébite avec abcès métastatiques du foie, la grande question des résorptions purulentes et des inflammations veineuses a été traitée avec développement par MM. Bérard aîné et Tessier ; votre premier Bulletin reproduit les principaux arguments de cette discussion, il serait inutile d'y revenir ici. C'est à des travaux futurs qu'il faut demander la solution définitive de ces questions épineuses. Vous avez eu un bon nombre d'occa-

sions de revoir les altérations qui succèdent à la phlébite, depuis la simple formation du caillot dans la veine jusqu'à sa suppuration, et la destruction de la paroi veineuse; mais cette année, pas plus que les précédentes, vous n'avez pu reconnaître le pus en contact avec le sang; vous avez constaté son point de départ, son arrivée dans les organes; vous n'avez pu en démontrer la présence dans les vaisseaux intermédiaires.

Voies digestives. Les pièces relatives aux organes de la digestion ont été si nombreuses que j'ai dû faire un choix de celles qui présentaient quelque chose de moins connu. Je vous rappellerai le cas de corps étranger logé dans le pharynx, dont la présence ne fut point reconnue pendant la vie: vous vîtes quels désordres il avait causés. En avant, les cartilages arythénoïdes et la partie postérieure du cricoïde avaient été mis à nus, cariés, et formaient le fond d'une vaste ulcération largement ouverte dans le pharynx; en arrière, la paroi pharyngienne avait été perforée, les ligaments vertébraux correspondants détruits; une cavité de deux lignes de profondeur, creusée aux dépens du corps de deux vertèbres cervicales et du fibrocartilage intermédiaire, pour loger l'angle postérieur du fragment osseux. Cette observation est un des exemples les plus remarquables des fâcheuses conséquences du séjour de corps étrangers, fort durs, dans les cavités naturelles; peut-être pourra-t-elle servir de règle de conduite dans un semblable cas, en montrant ce qu'il faut éviter.

Deux beaux cas de cancer de l'œsophage vous ont été présentés: dans le premier (Vernois, 4^e Bull.), il siégeait à la partie moyenne et avait établi une communication entre la bronche gauche et le canal œsophagien: celui-ci, détruit à sa partie antérieure seulement, était notablement dévié à gauche; au-dessous des parties saines de la muqueuse, on trouvait un assez grand nombre de masses encéphaloïdes, ainsi que dans les ganglions bronchiques et dans le tissu cel-

lalaire peu abondant qui enveloppe le conduit; ce qui vous porta à penser que le cancer avait débuté par les parties voisines et ne s'était étendu que plus tard à l'œsophage. Dans la deuxième, que vous devez à M. Ribes, c'était la partie inférieure de l'œsophage et l'orifice cardiaque qui étaient le siège d'une large ulcération cancéreuse. Là ne se bornait pas l'intérêt de cette communication : l'individu affecté de cette grave lésion avait en même temps une paralysie de la langue, de sorte que, pendant long-temps, on attribua à une paralysie de l'œsophage la dysphagie qu'éprouvait le malade, qui rendait par régurgitation tous les aliments qu'il prenait, immédiatement après les avoir avalés.

Beaucoup de cas de cancer de l'estomac vous ont été soumis; qu'il me suffise de vous rappeler ceux que vous ont fait voir MM. Pressat, Laborie, Delmas et Hardy. Vous n'avez pas oublié surtout ce dernier exemple, dans lequel l'estomac squirrheux, dans presque toute son étendue, était revenu sur lui-même, au point de n'offrir que le volume qu'il a chez un jeune enfant.

Vous avez revu plusieurs cas de ces ulcères de l'estomac, dont la société a observé déjà un si grand nombre d'exemples. Dans la pièce de M. Reighier, l'ulcération de forme annulaire occupait le duodénum à quelques lignes au-dessous du pylore, et l'estomac, parfaitement sain du reste, avait acquis ces énormes dimensions, qui lui permettaient de recevoir les aliments de trois ou quatre jours; car ce n'était qu'au bout de ce temps qu'il se débarrassait de la quantité de matières alimentaires que le malade y accumulait.

Chez un enfant de quatre ans, empoisonné par de l'acide sulfurique, tenant en dissolution du bleu d'indigo, M. Husson vous a montré deux rétrécissements de l'œsophage, et à la paroi inférieure de l'estomac, une cicatrice de l'étendue d'un demi-franc, radiale, blanche, d'apparence fibreuse. L'enfant avait survécu quarante-cinq jours à son empoisonnement, et fut emporté par une variole de mauvais caractère.

rière. Malgré le travail de cicatrisation, la vie eut-elle pu se continuer si l'enfant n'eût pas succombé à la variole? Cela est au moins douteux, si nous nous rappelons les deux rétrécissements de l'œsophage, qui apportaient un trouble notable dans l'ingestion des aliments et même des boissons.

M. Godin vous a fait voir un rétrécissement considérable de l'intestin, qui avait persisté après la réduction d'une hernie crurale étranglée et opérée quatre mois auparavant. Le point qui avait été le siège de l'étranglement était rétréci jusqu'à n'admettre qu'avec peine une plume à écrire : au-dessus existait une perforation spontanée de l'intestin grêle. Je rapprocherai de celui-ci le fait si curieux que vous a montré M. Mimart. Chez une vieille femme qui portait à l'ombilic une tumeur volumineuse, donnant un sentiment non équivoque de crépitation, on trouva un rétrécissement considérable de l'intestin; derrière lui, une accumulation de plus de six cents noyaux de cerises, et au-devant de la masse intestinale, une collection de pus. Chacun de vous a pu vérifier la sensation de crépitation franche qui résultait du frottement des noyaux de cerises les uns sur les autres, sensation tellement identique à celle que produit l'emphysème sous-cutané, qu'il n'y avait pas moyen d'éviter l'erreur. Vous n'avez pas oublié les recherches ingénieuses de M. Thomson sur cette pièce, la sagacité avec laquelle il a pu reconnaître que la plupart des noyaux de cerises ne dataient point de cette année, mais remontaient à l'année précédente, et enfin les dissections habiles par lesquelles il vous a démontré que le rétrécissement de l'intestin n'était point de nature squirrheuse, comme l'avaient pensé la plupart d'entre nous; mais bien constitué par une hypertrophie considérable des fibres musculaires de l'intestin. Regrettons que des circonstances indépendantes de notre volonté nous aient privés d'enrichir nos Bulletins de cette curieuse observation, et surtout du savant rapport auquel elle eût donné lieu.

Appareils sécréteurs. Au nombre des altérations du foie, je ne vous citerai que le cas d'atrophie et de déformation, que vous a présenté M. Chassaignac (3^e Bull.), disposition singulière, sur la nature de laquelle vous n'avez pu vous prononcer, et la pièce de cyrrhose, montrée par M. Tessier, sur laquelle vous avez constaté que le foie avait conservé son volume normal; le malade n'avait pas été affecté d'ascite. Ce fait démontre donc d'une manière irrécusable que la cyrrhose n'est pas un simple résultat de la compression de la glande par le liquide accumulé dans la cavité abdominale.

Vous avez eu occasion de voir un assez bon nombre de maladies de la vésicule biliaire : M. Fournet (3^e Bull.) vous a montré un exemple d'ulcérations multiples de la membrane interne de cette poche. Ces ulcérations grisâtres, à bords rouges et élevés, reposaient sur un fond épais, et d'une dureté comme squirrheuse. Un calcul blanc, de la grosseur d'une balle de calibre, obturait le col de la vésicule, qui ne contenait que du mucus. Deux cas de perforation spontanée de la vésicule vous ont été offerts par MM. Balme, Dugarrey et Husson : dans ce dernier cas, le canal cystique parut oblitéré, ou du moins il fut impossible d'y faire pénétrer le stylet le plus délié : il est difficile d'admettre l'oblitération spontanée d'un canal excréteur, tandis que la diminution de calibre de ces conduits est un fait vulgaire.

Le pancréas et les reins vous ont offert plusieurs exemples de transformation graisseuse de leur tissu. Dans chacun de ces cas, vous avez vu des calculs oblitérer le canal excréteur de ces glandes : ces faits rentrent donc dans la loi qui veut que tout organe qui ne peut remplir ses fonctions disparaisse plus ou moins complètement.

Entre une foule de présentations relatives aux maladies des reins, vous avez signalé cette pièce, que vous soumit M. Gariel, de deux reins volumineux et ramollis, mais qui ne présentaient aucune trace de la disposition granulée signalée par Bright,

et si bien étudiée par Christison, Gregory et M. Rayer. Le malade dont vous a parlé M. Gariel avait cependant des urines très-albumineuses, et était affecté d'une hydropisie dont la marche et les symptômes étaient semblables à tout qui ont été assignés à la maladie de Bright.

On avait cherché à rattacher la présence dans le cerveau de tumeurs formées de cholestérine, à l'existence de cette matière dans le tissu cérébral; mais vous avez eu occasion de retrouver la cholestérine dans des organes où l'analyse chimique n'a point reconnu sa présence dans l'état normal. Ainsi, M. Mourét vous a montré une tumeur perlée du testicule, presque entièrement formée de cholestérine, et le même produit s'est rencontré dans un kyste de la glande thyroïde.

Deux cas d'extirpation partielle de la glande thyroïde vous ont été communiqués cette année. Dans le premier (4^e Bull.); la tumeur enlevée avait plus que le volume du poing; elle était formée de plusieurs kystes, les uns séreux, les autres cartilagineux; quelques points osseux s'y étaient développés: toute la variété d'aspects que présentent habituellement ces tumeurs s'observait ici: le malade succomba peu de jours après l'opération. Dans le deuxième exemple, que vous devez à M. Voisin, médecin à Limoges, la tumeur, également très-volumineuse, paraît constituée par une simple hypertrophie du tissu de la glande. La malade guérit parfaitement.

Organe de la génération. Nous arrivons maintenant aux maladies des organes génitaux et urinaux. La question des perforations spontanées de la vessie a été traitée par M. Morel. Il a cherché à établir que l'on s'était souvent trop hâté d'attribuer à la présence d'une sonde des perforations des parois vésicales: il pense que souvent elles s'opèrent au fond de ces petites poches, formées par la hernie de la membrane muqueuse à travers les fibres de la musculeuse. Plusieurs pièces vous ont été montrées pour appuyer cette opi-

nion, que vous n'avez par trouvée suffisamment étayée, tout en applaudissant aux recherches consciencieuses de M. Mercier. M. Debout vous a montré un exemple de perforation de la vessie, par un abcès considérable de la fosse iliaque, qui s'y serait fait jour. Il est resté du doute dans vos esprits sur la réalité de cette explication, et vous avez paru disposés à admettre que l'abcès iliaque pouvait bien être la suite d'une perforation occasionnée par une sonde, que l'on introduisait plusieurs fois par jour, mais qui ne restait pas en place.

Plusieurs cas fort curieux de rétrécissement de l'urèthre vous ont été présentés, et parmi eux vous avez distingué celui que vous devez à M. Michon. Il était tellement considérable qu'il fut impossible de faire pénétrer un stylet, et que l'on eût été conduit à admettre une oblitération du canal, si les symptômes observés pendant la vie n'avaient fait rejeter son existence. Le malade avait rendu plusieurs fois quelques gouttes d'un liquide ayant tous les caractères extérieurs de l'urine; mais il fut impossible de retrouver le pertuis qui lui avait donné passage. La vessie contenait une médiocre quantité d'urine; les reins étaient transformés en kystes urinaires à parois minces, la substance propre de la glande ayant presque entièrement disparu. Une autre particularité de cette observation était la présence au bas-fond de la vessie d'une cavité accessoire, dans laquelle était renfermé un caloul urinaire assez volumineux, qui eût pu, dans une exploration par le rectum, faire croire à un engorgement de la prostate. Ce corps n'existait pas; un examen attentif ne put en faire reconnaître de traces.

Vous devez à M. Lediberder un exemple de rétrécissement de l'urèthre, compliqué d'ulcérations de la muqueuse de ce canal; on voyait aussi plusieurs petites cicatrices linéaires, d'aspect fibreux. Dans la région prostatique existait une fausse route dont la surface lisse et bien organisée indiquait l'existence déjà ancienne. Un autre cas d'ulcérations

du canal de l'urèthre vous a été offert par M. Baron : outre quelques ulcérations superficielles, arrondies, à fond grisâtre, existaient trois perforations complètes, par lesquelles l'urine s'était fait jour dans le tissu cellulaire du petit bassin et du périnée. On ne trouva pas de traces de rétrécissement, et le malade affirma n'avoir jamais été sondé; c'est donc là, autant qu'on peut le croire, un exemple d'ulcérations et de perforations spontanées de l'urèthre. Cette pièce est importante par les questions qu'elle soulève, au moins autant que par celles qu'elle peut résoudre.

Les cas de cancer de l'utérus se sont si souvent présentés à votre observation sous toutes les formes, que je crois inutile d'arrêter votre attention sur ce point, non plus que sur un grand nombre d'exemples de tumeurs fibreuses du même organe; ce sont des faits trop bien décrits dans la plupart des livres pour que je tente de vous les retracer. Cependant je ne saurais passer sous silence ce cas de végétations du volume d'une grosse noix, de couleur grisâtre, développées sur la lèvre antérieure du col utérin. L'ablation en fut pratiquée avec facilité par M. Michon (3^e Bull.). C'est un de ces cas rares où la maladie bien limitée permet de pratiquer sur le col de la matrice des opérations que ne repoussent pas la saine chirurgie.

Vous avez vu aussi une disposition peu rare chez les femmes d'un âge avancé, chez lesquelles le vagin revient sur lui-même, repousse en haut le col de l'utérus, et déplie le cul-de-sac de la muqueuse vaginale qui l'entourait auparavant. M. Chassaigac, qui vous a montré plusieurs exemples de cet état anormal, a proposé de lui donner le nom de récession du col de la matrice.

On vous a montré cette année plusieurs cas de prétendus tubercules du placenta, qui n'étaient autre chose que des hémorrhagies de cet organe, dont le travail de résorption a fait disparaître la matière colorante. M. Cruveilhier vous a plusieurs fois mis en garde contre ces fausses apparences

de développement de matière tuberculeuse. Dans une de vos dernières séances encore, il vous a fait voir, au milieu d'une énorme tumeur encéphaloïde du testicule, une masse fibreuse décolorée, que l'on présentait comme un exemple de tubercules développés au centre du tissu cérébri-forme. Au contraire, dans la pièce présentée par M. Nivet, c'était bien à de la matière tuberculeuse qu'était dû l'envahissement des trompes et des ovaires chez une jeune fille de vingt ans, dont les ganglions bronchiques et mésentériques étaient farcis de cette même substance, tandis que les poumons ne contenaient que quatre tubercules miliaires, qui semblaient placés là pour vérifier la loi établie par M. Louis, qu'il n'existe pas de tubercules dans les autres organes sans qu'il y en ait en même temps dans les poumons.

Vous avez observé plusieurs cas de tumeurs enkystées de l'ovaire, et vous avez pu, comme dans les années précédentes, remarquer la variété infinie de structure de ces kystes. Sur la pièce que vous a soumise M. Balme Dugarray, la tumeur offrait deux parties distinctes, l'une contenant plusieurs pintes de liquide séro-purulent, l'autre formée par un tissu fibreux, aréolaire, à mailles très-larges, contenant, dans leurs intervalles, un liquide jaune, transparent, que la pression ne pouvait faire écouler. Le volume de la totalité de la tumeur était énorme, et cependant elle datait à peine de deux ans.

Enfin, pour terminer cette énumération si longue, je vous rappellerai cette tumeur de la grande lèvre, enlevée par M. Monod (1^{er} Bull.), laquelle était constituée par une hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-cutané. On y voyait surtout une hypertrophie considérable des follicules pileux. L'extirpation de cette masse, du poids de cinq livres et demie, n'occasiona aucun accident, et la guérison de la plaie, qui en résulta, se fit avec rapidité.

Telle est, messieurs, la liste bien incomplète de vos tra-

vaut pendant l'année qui vient de s'écouler. Vous n'avez point retrouvé, dans cette énumération bien maigre et bien sèche, sans doute, tout l'intérêt que vous avaient offert les faits que j'ai dû vous rappeler; mais j'ai pour moi l'excuse de la nécessité: il me fallait réduire ce résumé aux proportions d'une simple lecture; je n'ai donc pu faire qu'une espèce de table analytique. Je n'espère point avoir retracé le tableau fidèle de vos séances; mais peut-être en aurai-je assez dit pour faire apprécier, par ceux qui ne partagent pas habituellement vos travaux, combien de richesses scientifiques vous savez amasser dans le court espace d'une année: à ceux qui voudront vous mieux connaître, vous présenterez vos Bulletins; ils parleront d'une manière plus éloquente que je ne pourrais le faire.

En terminant, permettez-moi, messieurs, d'exprimer nos sentiments d'estime et d'affection pour celui dont l'esprit bienveillant, dont la science modeste, impriment à nos réunions ce caractère de franchise et d'accord fraternel qui les distingue: puissions-nous long-temps encore nous trouver réunis autour de lui pour jouir de ses savants enseignements, et travailler de concert au grand but de notre institution: l'homme dans l'état de santé et de maladie.

TABLE DES MATIÈRES

Contenues dans les Bulletins

**DE SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE, 1835;
JANVIER ET FÉVRIER 1836.**

Abcès de la fosse iliaque ouvert dans la vessie.	Pag.	11.
Abcès du cerveau.		90.
Abcès métastatiques (discussion sur les).		6.
Abcès sous l'aponévrose crânienne ; diagnostic d'avec les cephalœmatomes.		97.
Absence de clavicule, d'omoplate et de membre supérieur droit chez un nouveau-né.		2.
Acéphalocyste du cerveau.		4.
Angine gangréneuse.		61.
Aorte (anévrisme de l').		65.
Aorte (oblitération de l').		6.
Aorte (perforation de l').		65.
Aorte (ulcérations et végétations de l').		65.
Aponévrose de la vessie.		129.
Aponévrose palmaire.		1.
Arachnoïde (hémorrhagie de l').		5.
Arachnoïde (kyste de l').		55.
Artère brachiale (anomalies de l').		2.
Artère thyroïdienne inférieure (hypertrophie de l').		40.
Artères aorte et axillaire (déchirure des).		101.
Artères des membres inférieurs (oblitération des).	66,	102.
Ankylose de l'articulation de la hanche.		38.
Articulation scapulo-humérale (destruction des surfaces de l').		38.
Articulation scapulo-humérale (destruction de l').		98.
Astragale (déformation de l').		39.
Astragale (luxation de l').		38.
Atrophie du kiasma des nerfs optiques.		5.

Bronches (épi introduit dans les).	83.
Carie de la colonne vertébrale.	36.
Carie du sternum.	37.
Cartilages articulaires (destruction des).	33.
Céphalœmatomes (causes des).	130.
Céphalœmatomes (mode de formation des).	34.
Cerveau (tubercules du).	39.
Cerveau (tumeur de la faux du).	39.
Cœur (anévrisme partiel du).	19.
Cœur (caillots purulents du).	101. 102.
Cœur (caillots du).	27.
Cœur (communication des ventricules du).	145.
Cœur (ossification du).	140.
Cœur (rupture de l'oreillette gauche du).	24.
Compte rendu des travaux de la société pendant l'année 1835, par M. Bell.	161.
Cornée (production) de la face.	114.
Cornée (production).	98. 131.
Coxalgie.	4.
Coxalgie (causes du raccourcissement dans la).	14.
Croup.	5. 6. 40.
Cubitus (luxation du).	133.
Dégénérescence tuberculeuse de la dure-mère.	126.
Diaphragme (gangrène du).	40.
Duodénum (ulcération du).	9.
Encéphaloïde (tumeur) du sein.	13.
Entéroraphie.	9.
Estomac (squirrhe de l').	9.
Estomac (ulcération cicatrisée de l').	8.
Fémur (mode de réduction des luxations du), par M. Despretz.	4.
Foie (cancer du).	68.
Foie (cyrrhose du).	103.
Fracture d'une ankylose du coude.	4.
Fracture du crâne.	55.
Fracture du col du fémur.	37.
Fracture du fémur vicieusement consolidée.	37.
Fracture du péroné.	38.
Fracture de l'extrémité supérieure du radius, de l'apophyse coronoïde du cubitus et luxation du	

cubitus ; guérison spontanée avec conservation des mouvemens.	133.
Fractures incomplètes de plusieurs os.	24.
Ganglions tuberculeux du cou (ablation de).	13.
Ganglions tuberculeux de l'aisselle (ablations de).	71.
Grossesse tubaire.	111.
Hernie inguinale, opérée depuis long-temps.	10.
Hyalolde (ossification de la membrane).	40.
Hydrocéphale : chevauchement des os du crâne.	158.
Intestin (invagination du gros); épanchement dans l'abdomen)	71.
Intestin grêle (invagination de l').	78.
Intestin grêle (perforation de l').	9.
Iris (absence de l').	100.
Larynx (tumeur du).	101.
Nerf facial (section du) par une carie du rocher.	5.
Nerf poplité (tumeur du).	100.
Œil (atrophie de l').	39.
Œsophage (cancer de l') communication avec la bronche gauche.	103.
Œsophage (oblitération congéniale de l'); communication avec la trachée-artère.	95.
Os (analyse chimique des).	2.
Os de la jambe (état scorbutique des).	99.
Os du crâne (du développement des).	41.
Os iliaque (tumeurs fibreuses de l').	151.
Os intermaxillaire inférieur.	97.
Pancréas graisseux : calculs pancréatiques.	30.
Pharynx (corps étranger dans le) perforation du larynx.	121.
Phlébite adhésive à la suite des os.	8.
Phlébite adhésive; caillots purulens.	67.
Placenta (hémorrhagies du).	13.
Poumons à la suite de la coqueluche.	5.
Protubérance annulaire (apoplexie de la).	99.

Rate (hypertrophie de la).	10.
Rate (infiltration purulente de la).	10.
Rein (abcès du).	69.
Reins (anomalie des).	2.
Reins (kystes des).	11.
Rein (transformation graisseuse d'un).	68.
Testicule (tubercules du).	12.
Testicule (tumeur perlée du)..	12.
Thyroïde (ablation d'une portion de la).	100.
Trompes de fallope (tubercules dans les).	70.
Tuberculeuse (dégénérescence) de la dure-mère spinale.	126.
Tumeur osseuse développée dans un tendon.	3.
Tumeur squirrheuse traversée par un nerf.	70.
Urèthre (oblitération de l').	69.
Urèthre (rétrécissement, cicatrices et fausses rou- tes de l').	12.
Utérus (ablation de l'une des lèvres du col de l').	70.
Utérus (disposition anormale du col de l').	69.
Valvules sigmoïdes de l'aorte (rupture de l'une des)	6.
Veines (caillots des).	132, 66, 102.
Veines (oblitération des).	103.
Vértébrale (déviations de la colonne).	130.
Vésicule biliaire (calculs de la).	103.
Vésicule biliaire (perforation de la).	104.
Vésicule biliaire (ulcération de la).	68.
Vessie (mode de production des perforations spon- tanées de la).	11.
Vulve (hypertrophie d'une des grandes lèvres de la).	12.

FIN DE LA TABLE.

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 03888 8741



3 9016 03666 8741

